Les 200 délégués représentent les organisations de base et les sociétés de discipline médicale. *Photos: Christoph Kreyden*

## Palais des congrès, Bienne, le 26 mai 2011

# Procès-verbal de la Chambre médicale ordinaire

*Erika Flückiger, responsable Services*

**Un glossaire des abréviations les plus usitées figure à la page 1109.**

(Remarque de la rédactrice: afin d'en améliorer la compréhension, le procès-verbal reprend les affaires dans l'ordre où elles ont été traitées).

**Message de bienvenue, informations, présentation du bureau**

Le quorum exigé de la moitié des délégués avec droit de vote ayant été atteint, le *président Jacques de Haller* ouvre la séance ordinaire de la Chambre médicale à 9h37. Deux membres du Comité central sont excusés: *Christine Romann* – elle représente la FMH à la séance de l'E.A.N.A. – et *Daniel Herren,* qui participe au Congrès européen de la chirurgie de la main. *Pierre-François Cuénoud* doit quitter la séance à midi.

Le *président* souhaite ensuite la bienvenue aux invités présents: *Roland Schwarz* (président) et *Adrian Sury* (membre) de la Commission de gestion (CdG), *Bruno Kesseli*, rédacteur en chef du Bulletin des médecins suisses (BMS), *Peter Geissbühler*, représentant de Von Graffenried Treuhand AG (organe de vérification), *Reinhard Kunz*, directeur de FMH Services.

Après quelques informations d'ordre organisationnel, le *président* communique la composition du bureau de la séance du jour, constitué du président de la FMH, des vice-présidents *Ernst Gähler* et *Ignazio Cassis*, du secrétaire général *Daniel Herzog* et des scrutateurs: *Louis-François Debétaz/Allergologie et Immunologie*, *Peter Wiedersheim/SG*, *Jean-Pierre Grillet/GE*, *Marcel Stampfli/BE*, *Stefan Nock/UR*, *Raoul Heilbronner/Neurochirurgie*, *Andreas Girr/ZH*, *Jürg Lareida/AG*, *David Nadal/Infectiologie* et *Christoph Bosshard/ASMAC*.

Le *président* fixe à *17h00* l'heure statutaire après laquelle il ne sera plus possible de prendre des décisions ou de voter.

L'invitation accompagnée de l'ordre du jour et des annexes a été envoyée dans les délais sur CD-ROM quatre semaines avant la séance de ce jour; elle a été suivie de quatre envois supplémentaires par courrier électronique comportant à chaque fois l'ordre du jour actualisé. A leur arrivée, les délégués à la Chambre médicale se sont vu remettre une enveloppe contenant les documents de vote, et les délégués ordinaires à la Chambre médicale la liste des salaires 2010 du Comité central et de la présidence de l'ISFM (décision de la Chambre médicale du 27 mai 2010, art. 10, ch. 8, Règlement d'exécution).

Le *président* donne ensuite la parole au *secrétaire général Daniel Herzog* pour la présentation des collaboratrices et collaborateurs entrés à la FMH depuis la dernière séance de la Chambre médicale.

*Roger Scherrer*, économiste, complète depuis octobre 2010 l'équipe Tarifs et Conventions du Service

tarifaire, *Carla Trachsel* apporte depuis janvier 2011 son soutien au secrétariat du Comité central, *Isabelle Bertholet*, traductrice, également entrée en fonction en janvier 2011, succédera fin mai à Antoinette Mazouer, responsable suppléante du service traduction, partie à la retraite, et enfin *Martina Bruttel* occupe depuis ce mois-ci le poste de secrétaire à mi-temps dans le domaine Tarifs et Conventions du Service tarifaire.

**Rapport annuel du Comité central, de l'ISFM et de la CdG: exercice 2010**

Les rapports annuels de la FMH et de l'ISFM ont été envoyés aux personnes concernées, ils peuvent également être consultés et téléchargés sur le site Internet www.fmh.ch. Le rapport annuel de la Commission de gestion/CdG a été envoyé aux délégués de la Chambre médicale avec les documents de séance. Le *président* donne la parole à *Roland Schwarz*, président de la CdG. *R. Schwarz/CdG* souhaite souligner deux points du rapport annuel. Le premier concerne les *Compétences et responsabilité dans le domaine financier de la FMH*: la CdG a constaté que la compétence en matière de décision financière ne revient pas toujours au service qui doit en assumer la responsabilité. Selon l'avis de la CdG, cette question doit faire l'objet d'une attention accrue, notamment dans le projet «Nouveaux modèles de direction». Le second point relève des *Mesures de stabilisation du budget* (décision de la Chambre médicale de 2007): *Module 1 / Pas de restitution de cotisation après l'acquisition d'un titre:* la décision est mise en œuvre, mais les économies ne sont pas encore effectives en raison des droits acquis. Selon les calculs, le montant de 1,5 million CHF devrait cependant être réduit de moitié en 2018; *Module 2 / Restitution lors de l'acquisition d'un titre* est mis en œuvre. Depuis 2008, les coûts que cela induit sont compensés par une augmentation de 50 CHF de la cotisation des membres; *Module 3 / Réduction des charges d'exploitation du Comité central:* l'objectif fixé était de –10%, ce qui a presque été atteint en 2007. Entre-temps, le pourcentage des économies a de nouveau reculé en raison de la nouvelle hausse des taux d'activité du Comité central, notamment lors des dernières élections générales. L'objectif, et plus précisément la décision de la Chambre médicale de 2007, était un taux d'activité total de 420%. En 2009, ce taux s'élevait à 437%, fin 2010 à 495%. Ce taux dépend bien évidemment des tâches confiées à la FMH et de leur mise en œuvre adéquate par cette dernière. La Chambre médicale est libre d'augmenter le taux fixé de 420% en fonction du nouveau modèle de direction qu'elle choisira; *Module 4 / Restructuration du Secrétariat général* est mis en œuvre dans la mesure de ce qui était possible et judicieux.

Le *président* remercie la CdG pour son rapport annuel, puis souligne les efforts particuliers déployés par le Service de communication pour la nouvelle formule du rapport annuel de la FMH, qui a suscité plusieurs réactions très positives.

La parole n'étant pas demandée, le *président* passe au vote:

- *Le rapport annuel de l'ISFM (proposition nº 1 au point nº 2.1)* est *approuvé* à l'unanimité sans voix contre et sans abstention.
- *Le rapport annuel de la FMH (proposition nº 1 au point nº 2.2)* est *approuvé* à l'unanimité sans voix contre et avec 2 abstentions.
- *Le rapport annuel de la CdG (proposition nº 1 au point nº 2.3)* est *approuvé* à l'unanimité sans voix contre et sans abstention.

**Comptes annuels 2010**

**Comptes annuels 2010 de l'ISFM**

*Christoph Hänggeli, directeur de l'ISFM,* évoque pour commencer la fondation de l'ISFM en 2008. L'Institut fonctionne de manière autonome et indépendante des autres organes de la FMH mais il n'est pas doté d'une personnalité juridique propre; il doit donc rendre des comptes à la Chambre médicale.

Depuis que nous octroyons les titres fédéraux de spécialiste, les comptes annuels se sont clôturés chaque année par un résultat positif. Pour l'exercice 2010, l'ISFM enregistre pour la première fois une perte de 174 000 CHF, mais pris dans son ensemble, le résultat ne s'écarte que de 36 000 CHF du budget. En revanche, les différentes positions affichent des variations parfois importantes entre les comptes et le budget. Les recettes et les dépenses ayant dépassé le budget dans la même proportion, le résultat final ne présente qu'une différence minime. Fin 2010, l'ISFM fait état d'une fortune de 4,7 millions CHF. Les taxes pour les titres de spécialiste, dont 1250 ont été octroyés au cours de l'exercice, restent les principaux postes de recettes. Les visites d'évaluation, financées par les établissements de formation postgraduée, sont également une source de revenus importante. Les frais de personnel représentent le poste de charges le plus élevé. Le poste «Compensations internes», imputable aux frais de personnel, comprend des prestations de plus de 1,5 million CHF, que l'ISFM acquiert auprès de la FMH, avec l'avantage de synergies puisque les prestations telles que la traduction, le Service juridique, l'informatique, etc., sont utilisés en commun par la FMH et l'ISFM, ce qui permet d'économiser des frais.

Aucune question n'est posée sur les comptes annuels 2010 de l'ISFM.

**Comptes annuels de la FMH (globaux, y compris l'ISFM)**

Le *président* donne la parole au *secrétaire général* pour la présentation des comptes globaux 2010 de la FMH.

Les comptes annuels ont été approuvés par l'organe de contrôle. Présent à la séance de ce jour, l'expert-réviseur Peter Geissbühler de la société Von Graffenried Treuhand pourra ensuite répondre aux questions. Les comptes 2010 de la FMH se soldent par

Vue sur l'estrade avec le Comité central et le secrétaire général.

un bénéfice de 24 000 CHF alors qu'une perte de 272 000 CHF avait été budgétisée. Au total, on note une baisse des recettes. Les cotisations des membres présentent un écart budgétaire négatif à hauteur de 600 000 CHF: l'augmentation des membres pronostiquée a été trop optimiste, et davantage de changements d'une catégorie de membres à l'autre et de démissions ont eu lieu que prévu. En revanche, l'ISFM a octroyé davantage de titres de spécialiste que ce qui était inscrit au budget et a ainsi réalisé un gain de 700 000 CHF. Les dépenses pour projets représentent un poste important relativement difficile à estimer lors de la budgétisation. En fin d'année, on constate fréquemment que tous les projets prévus n'ont pas été mis en œuvre, ce qui équivaut à 0,7 million de coûts en moins dans ce domaine au cours de l'exercice. Les rencontres et les commissions ont généré moins de dépenses – également 0,7 million CHF. L'absence de séance extraordinaire de la Chambre médicale en 2010 notamment explique cette situation. Les restitutions de cotisations de membres avant/après l'obtention du titre à hauteur de 1,5 million CHF correspondent pratiquement au montant budgétisé. Le bon résultat des comptes 2010 ou plus exactement les dépenses inférieures au budget ont permis de constituer des provisions d'un montant de 1,55 million CHF. Elles sont à disposition pour le financement de projets ainsi que pour les relations publiques et la politique (campagnes, référendum, etc.).

*Daniel Herzog* achève la présentation des comptes annuels de la FMH par l'affectation du bénéfice: 199 000 CHF sont attribués au capital de la FMH, la perte de 174 000 CHF à la réserve de l'ISFM.

*Thomas Keller/SZ* demande si des fonds ont été versés dans le cadre du soutien à l'initiative contre les armes. Le *président* répond que l'Assemblée des délégués (AD) de la FMH avait décidé de soutenir l'initiative. Des moyens financiers de la FMH n'ont cependant pas été versés dans ce contexte.

*R. Schwarz/CdG* confirme expressément la déclaration du président.

Comme aucune autre question n'est posée, le *président* soumet les deux comptes annuels au vote.

Dans le cadre d'un premier vote *(proposition nº 1 au point nº 3.1)*, les comptes annuels 2010 de l'ISFM sont *approuvés* à l'unanimité sans opposition ni abstention.

Puis la Chambre médicale *approuve (proposition nº 1 au point nº 3.2)* les comptes annuels 2010 de la FMH à une grande majorité, avec 1 voix contre et 3 abstentions.

### Octroi de la décharge

Le *président* prie la Chambre médicale de donner décharge.

- La Chambre médicale *octroie la décharge* au Comité de l'ISFM à l'unanimité, sans opposition ni abstention *(proposition nº 1 au point nº 4.1)*.
- La Chambre médicale *octroie la décharge* au Comité central de la FMH, également à l'unanimité, avec une abstention *(proposition nº 1 au point nº 4.2)*.

### Objectifs politiques et stratégiques

Le *président* renvoie aux statuts qui prévoient un contrôle et une approbation des objectifs politiques et stratégiques proposés par le Comité central et l'Assemblée des délégués (AD). Dans le cadre d'une retraite de deux jours, le Comité central s'est penché sur les objectifs 2008–2012 approuvés par la Chambre médicale, dans le but de les actualiser et de remanier leur formulation, sans bien évidemment en modifier le contenu, et de s'assurer finalement de la conformité des activités du Comité central avec ces objectifs. Un dépliant remis aux délégués de la Chambre médicale lors de leur arrivée présente la synthèse de ces réflexions et énonce six visions – les lignes directrices stratégiques proprement dites – qu'il développe plus en détail en récapitulant les moyens pour les réaliser.

Lors de la discussion qui suit, *Philippe Vuillemin/VD* et *Michel Matter/GE* ont souligné combien le choix des mots et la pondération des formulations sont essentiels pour ce type de déclaration destinée à nos partenaires externes. Le message de la version française doit donc être tout aussi percutant que celui de la version allemande et la traduction adéquate. *Vincenzo Liguori/TI* demande au Comité central d'effectuer une traduction italienne de ces visions stratégiques afin de pouvoir les remettre aux politiciens tessinois. Le *président* promet de contacter l'Ordine dei Medici del Cantone Ticino (OMCT) à ce sujet. Aucune autre question n'est posée.

Outre la proposition du CC en vue d'approuver ces objectifs, deux autres propositions concernant ce

point ont été soumises par *Andreas Girr/ZH*, auquel le *président* donne la parole. *La proposition nº 2 au point nº 5 veut que «dans le cadre de ses activités, la FMH se limite aux problèmes qui concernent directement les intérêts du corps médical». La proposition nº 3 au point nº 5 exige que «le Comité central représente auprès du grand public la position de la majorité des membres sur les questions relatives à notre profession. Si cette position est contestée au sein du corps médical, il convient de procéder à une votation générale.»*

*A. Girr/ZH* explique que ses propositions sont clairement liées à l'engagement de la FMH sur l'initiative contre les armes, qui a provoqué une avalanche de lettres de lecteurs dans le Bulletin des médecins suisses et, selon lui, une véritable scission au sein de la FMH. Il souhaite éviter à l'avenir que le «linge sale soit lavé en public». Comme la compétence de chacun n'est pas claire à ses yeux, il souhaite compléter sa proposition nº 2 comme suit: *«… Le choix des activités incombe à la Chambre médicale, dans les cas urgents, l'AD peut décider de sa propre autorité.»*

*Beat Gafner/BE* soumet une proposition de modification de la proposition nº 2 au point nº 5 complétée par A. Girr/ZH avec la teneur suivante: «Dans le cadre de ses activités, la FMH se limite aux problèmes qui concernent les intérêts du corps médical et de la politique sanitaire. La compétence de définition ou de délimitation de ces activités politiques relève exclusivement de l'AD de la FMH.» La Société des médecins du canton de Berne souhaite ainsi préciser les activités politiques et renforcer l'Assemblée des délégués (AD).

Le *président* renvoie aux statuts qui attribuent clairement à l'Assemblée des délégués de la FMH la compétence de traiter et de décider de toutes les questions importantes qui concernent le corps médical et la politique sanitaire. Il rappelle que l'AD a justement été créée pour donner à la FMH un instrument permettant de réagir rapidement au plan politique, ce qui serait totalement impossible s'il fallait attendre entre 6 et 12 mois la prochaine séance de la Chambre médicale. La proposition de modification de B. Gafner/BE est selon lui tout à fait sensée.

Avant d'ouvrir le débat, le *président* rappelle aux délégués que l'AD s'était prononcée en faveur d'un soutien à l'initiative contre les armes car il s'agissait, selon elle, d'un problème sanitaire, à savoir la prévention du suicide, sur lequel il semblait important que la FMH prenne position. Il est vrai, néanmoins, que la campagne en faveur de l'initiative a ensuite donné la priorité à d'autres éléments de nature politique.

*Ph. Vuillemin/VD* ne partage pas l'avis selon lequel toutes les décisions politiques devraient être laissées à l'AD. Dans le cas concret de l'initiative, il s'agissait d'une modification de la Constitution. Dans ces cas d'amendements constitutionnels, il faut des mois avant que chacun forge son opinion et prenne position; suffisamment de temps en l'occurrence pour recueillir l'avis de la Chambre médicale. Par ailleurs, une telle décision bénéficierait d'un ancrage beaucoup plus large que celle de l'Assemblée des délégués. Dans le cas d'un référendum, en revanche, le temps presse et une décision de l'AD serait suffisante. Le *président* souligne que ce qui est exigé par Ph. Vuillemin, à savoir de donner à chacun l'occasion de forger son opinion, c'est exactement ce qui se passe lors de la Chambre médicale: les questions politiques – par exemple le Managed care et les DRG à la séance de ce jour – sont discutées au sein de la Chambre médicale qui vote ensuite une résolution à l'intention de l'Assemblée des délégués. Ces échelons dans la prise de décision sont clairement définis dans les statuts. *Caspar Brunner/ZH* souligne que la Chambre médicale doit avoir suffisamment de temps pour donner son avis sur les questions importantes. *Rolf Hunkeler/ZH* trouve que cette discussion manque de logique: d'un côté, on demande régulièrement aux membres de la FMH d'être plus actifs en politique et de s'exprimer davantage publiquement. De l'autre côté, on veut immédiatement mettre une muselière à quiconque défend une opinion qui ne correspond pas exactement à la nôtre.

Selon l'avis personnel de *Hanspeter Kuhn/secrétaire général suppl.*, le corps médical souffrirait d'un problème de crédibilité s'il ne défendait que ses propres intérêts. La population attend du corps médical qu'il se mobilise également pour l'intérêt général. Selon lui, une modification statutaire dans le sens des propositions soumises ne serait pas la bienvenue.

Le *président* passe au vote des différentes propositions.

Dans le cadre d'un premier vote, la Chambre médicale doit se prononcer sur la *demande de modification de B. Gafner/BE de la proposition nº 2 au point nº 5 d'A. Girr/ZH:* la *demande de modification* est *rejetée* par 79 voix contre 50 et 15 abstentions.

Ensuite, la *proposition nº 2 au point nº 5 d'A. Girr/ZH* est également *rejetée* par 112 voix contre 27 et 7 abstentions.

Et enfin, la Chambre médicale approuve à l'unanimité, sans voix contre et avec 11 abstentions, les Visions pour le système de santé, élaborées par le Comité central *(proposition nº 1 au point nº 5)*.

Le *président* prie ensuite A. Girr/ZH d'expliquer sa *proposition nº 3 au point nº 5*.

Avant de s'exprimer sur sa proposition, *A. Girr/ZH* soulève un problème politique: selon lui, le Comité central devrait représenter l'opinion de la base en vue du vote sur une caisse-maladie unique. A ces yeux, les sociétés médicales du canton de Zurich (AGZ) et d'autres sociétés médicales cantonales ont suivi une procédure exemplaire en organisant un sondage auprès de leurs membres. Comme il s'agit d'un problème national, il aurait aimé que la FMH mène une telle enquête auprès de ses membres. Si la base était davantage impliquée dans les activités politiques de la FMH, elle deviendrait probablement plus active.

La Chambre médicale constitue pour ainsi dire le parlement de la FMH. A part une votation de l'ensemble des membres, elle en est l'organe suprême.

C'est du moins ce qu'auraient révélé certaines données de l'enquête de l'AGZ.

Dans ce sens, il souhaite apporter une légère *modification* à sa *proposition nº 3 au point nº 5* en mentionnant la possibilité d'une *enquête auprès des membres* au lieu de la seule votation générale. L'important est de connaître le sentiment de la base et de la représenter. La proposition a donc désormais la teneur suivante: *«Le Comité central représente auprès du grand public la position de la majorité des membres sur les questions relatives à notre profession. Si cette position est contestée au sein du corps médical, il convient de procéder à une enquête auprès des membres.»*

Comme personne ne demande la parole, le *président* procède au vote de la *proposition nº 3 au point nº 5 – nouveau libellé*.

La Chambre médicale *approuve* la *proposition* par 67 voix contre 55 et 12 abstentions.

Une demande de modification statutaire sera soumise à la prochaine Chambre médicale.

### Introduction du nouveau financement hospitalier

Le *président* donne la parole à *Pierre-François Cuénoud, responsable du domaine SwissDRG au Comité central*.

*P.-F. Cuénoud/CC* se réjouit d'avoir – une fois n'est pas coutume – suffisamment de temps pour dresser un état des lieux du projet et pour remettre les choses à leur place. Il règne dans le dossier du financement hospitalier une énorme confusion et il est donc important de savoir de quoi on parle. Certains principes ont déjà été adoptés par la FMH, selon la devise «participer plutôt que subir». Depuis 2004, la FMH a ainsi pris part aux travaux préparatoires pour la nouvelle structure tarifaire SwissDRG. Cela a permis au corps médical d'exprimer son opinion qui a été entendue et, avec le temps, également prise en considération et respectée, bien que légalement la FMH ne soit pas un partenaire tarifaire officiel dans le dossier hospitalier.

Une première prise de position a été approuvée par l'Assemblée des délégués (AD) en 2007. Sur cette base, la «Stratégie du domaine SwissDRG» a été élaborée avec les quatre objectifs suivants:

*a. Générer le plus d'avantages pour les membres*
*b. Garantir le flux d'informations*
*c. Renforcer la position prédominante du corps médical*
*d. Reconnaître les tendances à temps*

Ce document a lui aussi été approuvé par l'AD en 2007 et la prise de position a été actualisée en conséquence. La deuxième version comprend les grands problèmes classiques auxquels est confronté le corps médical: exigences de qualité, garantie de la liberté thérapeutique, couverture des frais hospitaliers, saisie transparente des prestations, simplification des procédures administratives ainsi que transferts d'activités entre soins ambulatoires et stationnaires. En 2009, l'AD a également adopté cette prise de position révisée.

La réforme du financement hospitalier en vigueur dès 2012 comprend six piliers principaux:

1. Les forfaits par cas basés sur les prestations.

2. L'inclusion des investissements et des frais d'utilisation des infrastructures.
3. L'exclusion des prestations d'intérêt général, dont les exigences régionales ainsi que la recherche et l'enseignement universitaire (c'est la raison pour laquelle la formation postgraduée des médecins a été attribuée à l'enseignement universitaire).
4. Une nouvelle répartition des coûts entre Etat (min. 55%) et assureurs (max. 45%), et ce pour tous les établissements, hôpitaux privés inclus, travaillant à la charge de l'assurance-maladie sociale.
5. Une planification cantonale portant aussi sur les hôpitaux privés.
6. Le libre choix d'un hôpital hors canton selon le principe du «Cassis de Dijon».

Lorsqu'on parle de DRG, on se réfère uniquement au premier point, c.-à-d. aux forfaits par cas liés aux prestations dans le domaine stationnaire. Ces dernières peuvent être subdivisées en quatre catégories: les *soins somatiques aigus* (domaine où s'appliquent les forfaits par cas [DRG]), la *rééducation*, la *psychiatrie* et les *soins chroniques*. Les trois dernières catégories ne sont pas concernées par les DRG (forfaits par cas). Par conséquent, les DRG, qui soulèvent tant de discussions, concernent seulement ¼ (le quart d'un sixième) de l'ensemble de la réforme du financement hospitalier.

*P.-F. Cuénoud/CC* explique ensuite le fonctionnement des DRG: lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, on lui attribue des diagnostics (CIM), lui applique diverses procédures (CHOP/OPS) et relève certaines données de base administratives le concernant. L'ensemble est ensuite codé. Cette phase-clé, le codage, est la seule étape que l'hôpital peut influencer. Le code ainsi obtenu est ensuite transformé en un groupe DRG par ce qu'on appelle un «groupeur». Puis on attribue à ce groupe DRG un poids relatif de coût ou *cost weight*. Après quoi, le tout est multiplié par un taux (ou prix) de base, le *base rate*, pour obtenir la rétribution en francs et centimes. La deuxième phase-clé consiste en la définition des poids relatifs de coût ou *cost weights*. SwissDRG s'est vue attribuer la tâche d'élaborer une structure tarifaire définissant le *cost weight*. Une autre phase-clé concerne le multiplicateur (taux de base ou *base rate*), lequel est négocié entre les partenaires tarifaires. Par conséquent, lorsqu'on parle de SwissDRG, on se réfère uniquement à la phase qui définit les *cost weights*.

On mentionne également toujours les rétributions additionnelles en corrélation avec les groupes DRG. *P.-F. Cuénoud* en explique le mécanisme. Une innovation «chère» est tout d'abord financée de manière provisoire. Si l'on souhaite par la suite l'intégrer dans la structure tarifaire, il existe différentes possibilités de le faire. Lorsqu'il s'agit d'une innovation très fréquemment appliquée, le poids relatif de coût *(cost weight)* du DRG correspondant est alors adapté. Mais si une innovation n'est utilisée par exemple que sur 30% des patients potentiellement concernés, il est alors plus judicieux de créer un nouveau groupe DRG. Troisième possibilité: si une innovation n'est utilisée que dans de très rares cas (par ex. 1 à 2% des cas), il faut envisager des rétributions additionnelles. Ces dernières ne réjouissent guère les assureurs qui souhaiteraient créer des forfaits pour tout. En revanche, ces rétributions additionnelles sont très importantes pour les prestataires de soins; elles sont d'ailleurs prévues par la loi sous une formulation potestative (verbe «pouvoir» au lieu de «devoir», art. 49, al. 1 de la LAMal). En Allemagne, il existe à l'heure actuelle 146 rétributions additionnelles.

Et quant à la structure tarifaire SwissDRG, où en sommes-nous aujourd'hui? Nos sociétés de discipline médicale ont été extraordinairement actives; elles ont déposé plus de 2000 propositions ces dernières années. Quelques-unes de ces propositions concernaient les groupes DRG et les rétributions additionnelles. Une partie d'entre elles ont été prises en compte et intégrées dans les diverses versions de la structure tarifaire. Une grande partie des propositions déposées demandaient des changements de code CHOP. Plus de 7500 codages supplémentaires ont été ajoutés, si bien que le CHOP 2011 contient désormais 13 700 positions. La version 0.2 de la structure tarifaire a été approuvée par le Conseil fédéral en 2010. Tous les documents complémentaires exigés ont été remis avant fin 2010. La dernière version de travail (version 0.3) élaborée en 2010 sera appliquée comme version d'introduction 1.0 dès l'année prochaine, elle a été soumise le 30 avril 2011 au Conseil fédéral pour approbation. Elle contient 1052 groupes DRG et 5 rétributions additionnelles. La précision de la représentation des groupes DRG a nettement augmenté par rapport aux versions (de travail) antérieures. La plupart des groupes DRG ont pu être calculés sur la base de données suisses. Cela dit, un problème subsiste, à savoir les données des hôpitaux et notamment la qualité insuffisante de leur comptabilité. Une autre question n'est toujours pas résolue: l'exigence des assureurs selon laquelle les factures devraient contenir toutes les données relatives au patient (diagnostics, procédures, etc.). Comme H+ et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre à ce sujet, le Conseil fédéral devra arbitrer.

Sur un million d'hospitalisations annuelles en Suisse, 80% des cas peuvent être attribués à 20% des groupes DRG. Les rétributions additionnelles encore en suspens ne concernent que 2 à 3% du volume total en moyenne helvétique. Bien qu'en majeure partie, nous puissions reprendre des données suisses pour les calculs, il reste encore un total de 40% des groupes DRG pour lesquels on ne peut faire autrement que de s'appuyer sur les données allemandes.

Qu'en est-il de la participation financière de la FMH à SwissDRG?

En 2008, la FMH a acheté 8 actions à CHF 1000. Entre 2008 et 2010, elle a versé une somme totale de 583 330 CHF à SwissDRG SA, sous la forme de prêt (pour le financement du Casemix-Office) à un taux d'intérêt de 2,5 %. Le remboursement est prévu à partir de l'année prochaine. On peut compter dessus car le Conseil fédéral a donné son feu vert pour le prélèvement d'un supplément sur les factures hospitalières depuis cette année, afin que le Casemix-Office puisse fonctionner et le remboursement du prêt débuter dès l'an prochain.

Il existe entre SwissDRG et le système DRG allemand (G-DRG) quelques différences qui sont déterminantes pour le mécanisme. Par exemple, avec SwissDRG, la facturation est rétrospective, alors qu'en Allemagne elle est doublement prospective. En premier lieu, les contingents DRG avec un hôpital sont renégociés chaque année, ce qui a pour conséquence que, une fois le contingent épuisé, l'hôpital n'a plus aucun intérêt à accepter d'autres cas, à moins qu'il ne s'agisse d'urgences. Or, en Suisse, le système SwissDRG qui sera appliqué n'étant pas comparable, il n'y a chez nous aucune raison pour un refus de prise en charge des cas. Le deuxième aspect de la facturation prospective réside dans le fait qu'en Allemagne les groupes DRG sont définis dans les 5 jours après l'admission à l'hôpital, ce qui ne pose aucun problème pour les cas simples. Mais dans les cas complexes, une pathologie peu claire – ce qui est relativement souvent le cas – et de nombreux éléments découverts après avoir défini le DRG peuvent pousser l'hôpital à renvoyer le patient à la maison pour le réhospitaliser et traiter ultérieurement ce qui n'avait été découvert que plus tard (effet tourniquet). Avec SwissDRG, cela ne fonctionnera pas de cette manière.

Il existe également des différences au niveau des frais annexes. Avec SwissDRG, les investissements et les frais d'utilisation des infrastructures doivent être inclus dans le forfait. C'est une véritable nouveauté, aucun de nos pays voisins n'a recours à cette pratique. Une autre différence réside dans les coûts pour la formation postgraduée: dans le système DRG allemand, ces coût sont inclus dans les DRG tandis qu'en Suisse ils sont réglés dans le cadre de l'ordonnance sur l'enseignement universitaire, bien qu'une partie importante de la formation se déroule hors des universités. En Allemagne, les assureurs paient une part de la formation postgraduée des médecins, alors qu'en Suisse cela continuera à ne pas être le cas, et les cantons seront priés d'apporter leur contribution: pour financer le reste des coûts de formation postgraduée, différentes pistes ont été évoquées, par ex. un fonds national.

Une autre différence est ressortie d'un test de compatibilité. Heureusement, nous avons en Suisse le système APDRG, lequel fonctionne très bien dans de nombreux cantons. On a donc comparé le *cost weight* de la version 6 d'APDRG, utilisée aujourd'hui, avec celui de la version de travail 0.3 de SwissDRG. SwissDRG contient bien plus de groupes DRG (~1100) que l'APDRG (~700). Pour 45 000 cas DRG, ce qui est beaucoup, on a constaté un écart de 1,1 % en faveur de SwissDRG. Les extrêmes ne sont pas très éloignés l'un de l'autre: –17 % avec SwissDRG par rapport à APDRG, pour les affections neurologiques simples, et +25 % pour les polytraumatismes graves. Il faut aussi ajouter que la structure tarifaire d'APDRG Suisse, bien qu'utilisée dans ¾ des cantons, n'est plus régulièrement mise à jour depuis 2006, vu l'introduction prévue de SwissDRG.

On parle aussi beaucoup de la recherche concomitante. La FMH a financé l'élaboration d'un concept pour la mise en place d'une telle recherche à l'occasion de l'introduction de SwissDRG. Il s'agit d'étudier trois grands thèmes:

Les effets sur la qualité: cet aspect a été confié à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).

Les effets sur les groupes professionnels: la FMH a mandaté l'institut de recherche gfs.bern pour procéder à une étude sur l'«évolution de la relation médecin-patient et des conditions-cadres pour les médecins hospitaliers».

Les effets sur le système de santé dans son ensemble: l'année prochaine, l'OFSP débutera une très grande étude consistant en 15 projets partiels et en une multitude de sous-projets. L'étude mettra toutefois l'accent avant tout sur les coûts et les transferts de charges.

C'est la raison pour laquelle la FMH s'est encore associée à H+ pour un autre projet intitulé «Transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaire et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets privés)», dont la mise au concours a eu lieu. Le délai pour le dépôt des offres est arrivé à échéance il y a à peu près une semaine. Les offres reçues sont en cours d'analyse.

Pour l'ensemble de la recherche concomitante, une trentaine d'études différentes sont en attente. Les deux études de la FMH démarreront en 2011.

A propos du financement hospitalier en général, beaucoup de points sont encore en suspens. Actuellement, sur le plan politique, ce sont les transferts de coûts qui préoccupent le plus.

Dès 2012, divers coûts seront répartis entre les cantons et l'assurance de base: il s'agit notamment des investissements et de la formation non-universitaire (les deux étant jusqu'ici supportés uniquement par les cantons), du principe du «Cassis de Dijon» (les hospitalisations hors canton médicalement non justifiées étaient jusqu'ici payées par les assurances complémentaires), des hospitalisations en division commune des hôpitaux privés listés (supportées jusque-là seulement par l'assurance de base) ainsi que des hospitalisations en division privée des hôpitaux privés listés (prises en charge jusqu'ici par l'assurance complémentaire et réparties désormais entre cantons, assurance de base et assurance complémentaire). La

charge financière des cantons va augmenter de manière significative, l'assurance de base devenir légèrement plus chère et la charge des assurances complémentaires passablement diminuer. Dans ce contexte, la Commission de la santé et de la sécurité sociale du Conseil des Etats (CSSS-E) a récemment adopté des «dispositions transitoires complémentaires urgentes». Si le Parlement suit cette proposition, le nouveau financement hospitalier ne devrait donner lieu à aucune augmentation de primes jusqu'en 2014, avec le danger que les hôpitaux ne puissent plus investir, ou doivent diminuer leurs effectifs, voire les deux. C'est d'autant plus risqué que cette décision est classée urgente et que cette initiative a également été acceptée par la CSSS du Conseil national (CSSS-N). Cette question sera donc traitée comme une affaire urgente lors de la session d'été 2011. La FMH, H+ et la CDS (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) ont formé une alliance pour lutter contre ce projet. Pour les patientes et patients, le résultat de ce nouveau financement hospitalier sera neutre, voire légèrement positif.

Qu'est que tout cela implique pour la politique de la FMH? Tout d'abord accepter les règles du jeu du monde politique. Ensuite, il nous faut rester crédibles (adéquation de la réflexion), procéder à un bilan objectif (ce qui a été fait, ce qui reste à faire) et considérer les problèmes à leur juste échelle. Puis, nous devons viser un retour sur investissement de notre engagement, nous battre pour le bien du plus grand nombre (de nos membres, mais aussi de nos patients), ne pas nous disperser dans la défense d'intérêts sectoriels ou régionaux, et enfin accentuer notre leadership. C'est sur ces mots que *P.-F. Cuénoud* termine sa présentation.

Les délégués lui adressent des applaudissements. Le *président* remercie P.-F. Cuénoud pour sa présentation brillante et claire d'un thème dont on parle beaucoup et sur lequel les délégués à l'Assemblée des délégués ont également discuté à plusieurs reprises. Lors de sa dernière séance, l'AD a décidé d'élaborer une déclaration de la FMH énumérant les problèmes pour lesquels une solution devra être trouvée ces prochains mois. Le Comité central et quelques délégués de l'AD se sont mis à la tâche, coordonnée, du côté de l'AD, par Carlo Moll/AMDHS. La *«Déclaration de la FMH au sujet de l'introduction du nouveau financement hospitalier le 1er janvier 2012»* a été jointe aux documents de séances pour la Chambre médicale de ce jour.

*Carlo Moll/AMDHS* souligne le grand écart qu'implique la fonctionnalité du mécanisme des DRG et les questions encore ouvertes en relation avec ce nouveau système de financement hospitalier. Ce grand écart inquiète de plus en plus la base. Les raisons d'élaborer ladite *Déclaration*, qui est présentée comme *proposition n° 1 au point 6 de l'ordre du jour,* tiennent d'une part à ce grand écart mais aussi, d'autre part, à des voix critiques entendues au sein de l'AD sur l'état actuel ainsi que celles émises à l'adresse des dirigeants de la FMH, ou plus précisément, celles concernant la légitimation d'une revendication politique commune. Cette proposition est largement soutenue par de nombreuses associations faîtières qui ont participé à l'élaboration du texte. Au nom de ces associations faîtières, *C. Moll/AMDHS* invite à adopter la *Déclaration* en approuvant la proposition.

Le *président* donne la parole à *Christoph Bosshard/ASMAC*, qui propose d'une part un complément au texte et, d'autre part, présente une autre proposition.

Selon *Christoph Bosshard*, l'ASMAC déplore dans ce texte, par ailleurs bien élaboré, l'absence des aspects contenus dans la déclaration émise le 16 mars 2011 en conférence de presse par l'Alliance Personnel DRG, H+ et la FMH. L'ASMAC propose par conséquent d'ajouter dans le texte proposé l'exigence supplémentaire suivante: *«Des conditions de travail sûres et les effectifs en personnel nécessaires à des soins de bonne qualité sont garantis lors de la mise en application du nouveau financement hospitalier.»*

*Ch. Bosshard/ASMAC* ajoute qu'on pourrait également annexer à la présente *Déclaration* la déclaration commune précitée de l'Alliance Personnel DRG, H+ et FMH ainsi que le «Papier de position de la FMH au sujet de SwissDRG».

*Ch. Bosshard/ASMAC* explique ensuite la *proposition modifiée n° 2a au point 6 de l'ordre du jour* (la proposition initiale de l'ASMAC figurait dans les documents de séance sous le n° 2 au point 6 de l'ordre du jour), qui est la suivante: *«La Chambre médicale décide de soutenir le moratoire DRG.»* L'ASMAC voit le dilemme tel qu'il a aussi été présenté par P.-F. Cuénoud/CC, mais elle doute de plus en plus que les mesures de correction puissent encore être appliquées à temps. Les signaux politiques sont clairs. C'est la raison pour laquelle, après avoir longtemps essayé de suivre la voie de la négociation, et malgré les mauvaises expériences acquises avec les moratoires (cf. clause du besoin), l'ASMAC préfère opter pour un moratoire sur les DRG.

Le *président* précise à l'intention des délégués l'objet de la discussion: d'une part, la *Déclaration de la FMH au sujet de l'introduction du nouveau financement hospitalier le 1er janvier 2012 (proposition n° 1 au point 6 de l'ordre du jour)*, d'autre part l'adjonction présentée par Ch. Bosshard/ASMAC, et enfin la *proposition n° 2a au point 6 de l'ordre du jour.*

La *proposition n° 3 au point 6 de l'ordre du jour* de *Jürg Nadig/Oncologie médicale* a été retirée par son auteur avant la séance, suite à une discussion avec le président et le responsable du domaine DDQ, au cours de laquelle ils lui ont assuré qu'un groupe de travail du Comité central et de l'AD s'occuperait de la question.

Le *président* ouvre ensuite la discussion, tout d'abord sur la *Déclaration de la FMH au sujet de l'introduction du nouveau système de financement le 1er janvier 2012.*

*V. Liguori/TI* estime qu'il faudrait étudier en détail les conséquences d'une neutralité des coûts. On parle en effet du secteur hospitalier, mais on oublie de mentionner l'effet que cela aura sur la médecine de famille. D'un côté, les hôpitaux délégueront une série d'examens préalables aux médecins de famille pour réduire les coûts hospitaliers; le rôle du médecin s'en trouvera renforcé. Mais, d'autre part, les médecins de famille prendront de plein fouet les effets négatifs de la neutralité des coûts: les séjours hospitaliers seront tenus aussi courts que possible, les patients renvoyés au plus tôt à la maison et la suite du traitement déléguée au médecin de famille. Il faut donc veiller à ce que les médecins de famille ne paient pas les pots cassés par une restriction budgétaire. Le *président* répond que ce problème est pris très au sérieux. La question est en effet traitée dans le cadre de la recherche concomitante et fait aussi l'objet d'un projet de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM).

*Marc Müller/CMPR* fait part du soutien accordé par Médecins de famille Suisse à la *Déclaration*, qui constitue un ensemble d'exigences bien équilibré. Un moratoire ne serait pas une bonne solution pour les médecins de famille. Pour les médecins praticiens – et pas seulement pour les médecins de famille – il faut accorder la priorité à l'étude sur les transferts de charges. On est heureux que ce projet de recherche soit également abordé à un niveau supérieur, maintenant que les médecins de famille ont déjà commencé à récapituler les motifs de consultation de leur cabinet. De plus, ils espèrent être associés dans une certaine mesure au projet de recherche.

*Markus Trutmann/secrétaire général de la fmCh* déclare que la fmCh ne se joint pas au mouvement en faveur du moratoire pour différentes raisons. Il énumère les plus importantes. Tout d'abord ce mouvement ne paraît pas être honnête, car il parle d'un tarif inhumain. Or, celui qui affirme cela ne veut pas obtenir un moratoire mais plutôt empêcher le tarif. A cela s'ajoute que ce mouvement mélange les objectifs de politique sanitaire avec des revendications syndicales. Un bien plus grand problème réside dans l'application de cette révision de la LAMal au niveau cantonal, et par voie de conséquence, dans la (non-) mise sur pied d'une task force au niveau fédéral, comme Ignazio Cassis/CC l'avait suggérée au Conseil national, afin que la mise en œuvre dans les cantons se passe correctement. En réponse à sa question à ce sujet, *I. Cassis/CC* lui répond que le Conseil fédéral a renoncé à l'initiative sur la task force et qu'il a plutôt proposé que l'on tente d'atteindre le même objectif au sein de l'administration, mais qu'il était en grande partie déjà trop tard car la plupart des cantons avaient déjà légiféré.

*Christoph Aebi (fPmh)* aimerait savoir s'il est vrai que la version 1.0 de la structure tarifaire n'est pas à la disposition des hôpitaux pour qu'ils puissent procéder à des simulations.

*P.-F. Cuénoud/CC* répond que la version remise au Conseil fédéral contient toute la partie théorique et que sur cette base, la partie pratique doit être élaborée pour qu'elle puisse être utilisée par la comptabilité hospitalière. Cette deuxième partie n'est pour l'instant pas encore disponible, mais le sera bientôt.

*J.-P. Grillet/GE* et *M. Matter/GE* soutiennent tous deux le moratoire, *Urs Stoffel/ZH* aimerait savoir ce que l'ASMAC attend d'un tel moratoire.

*Ch. Bosshard/ASMAC* souligne tout d'abord le devoir de la FMH de défendre les intérêts relevant de la politique professionnelle. L'ASMAC comprend 18 000 membres, dont 12 000 médecins-assistants en formation postgraduée, ce qui implique de temps à autre aussi des questions de droit du travail. Avec H+, la FMH a heureusement apporté un net soutien aux revendications de l'Alliance Personnel DRG. L'ASMAC attend maintenant de la FMH qu'elle maintienne aussi cette prise de position claire. Quant à la question d'U. Stoffel/ZH concernant ce que l'ASMAC espère d'un moratoire, Ch. Bosshard/ASMAC assure qu'elle ne considère en aucune manière que les DRG sont en soi inhumains. Le problème réside dans la mise en œuvre actuelle, mais surtout dans le fait que les mesures d'accompagnement exigées en 2009 n'ont pas été réalisées. Avec ce moratoire, l'ASMAC entend donner maintenant un signal clair et dire qu'on ne peut pas simplement poursuivre de cette manière.

*C. Moll/AMDHS* mentionne que l'idée du moratoire a donné lieu à une réflexion approfondie au sein de son association et qu'elle suscite une certaine sympathie, car cela permettrait en fin de compte d'exercer une pression maximale. Le fait que la *Déclaration* ne contienne aucune obligation de délai (ce qui a été critiqué par quelques interpellateurs durant la discussion) correspond au «politiquement faisable»; il s'agit en effet de ne pas entrer dans une confrontation avec les politiciens et les cantons. Il considère que la *Déclaration*, avec ses exigences politiques claires, est dans la voie du politiquement faisable, qu'il est indiqué de suivre au lieu de celle du moratoire. Au demeurant, la *Déclaration* a aussi été soutenue par les défenseurs du moratoire – Christian Hess et son groupement – avec lesquels on a toujours été en contact.

Le *président J. de Haller* confirme à quel point l'Assemblée des délégués est reconnaissante du travail fourni par ce groupement, car il a été extrêmement important de discuter le texte avec les défenseurs du moratoire et d'obtenir finalement leur soutien. Avant de procéder au vote qui porte sur l'acceptation ou le rejet de la *Déclaration*, puis en cas d'acceptation, sur le complément souhaité par l'ASMAC et enfin sur la proposition n° 2a de l'ASMAC au point 6 de l'ordre du jour, le président prie P.-F. Cuénoud de conclure.

*P.-F. Cuénoud*/CC rappelle sa présentation et invite encore une fois à considérer qu'il faudrait savoir où l'on veut se placer. Comme ses initiants l'ont expli-

qué, le moratoire exige que SwissDRG ne soit pas introduit, mais en revanche il n'exige pas que le nouveau financement hospitalier ne soit pas introduit. Il y a là une énorme différence. En acceptant le moratoire, on exige la non-introduction des DRG, ou du moins de SwissDRG. Mais les autres problèmes signalés dans sa présentation ne seront pas pour autant résolus, alors qu'ils sont vraisemblablement bien plus importants et nous affecteraient bien davantage si on ne les résolvait pas. Par ailleurs, si le moratoire devait être accepté, avec le but de faire échouer les dispositions transitoires complémentaires urgentes, il se sentirait très mal à l'aise pour rester un interlocuteur politique crédible ces prochains mois face à ses interlocuteurs de l'alliance.

Ensuite, le *président* soumet au vote de la Chambre médicale la *proposition n° 1 au point 6 de l'ordre du jour*, concernant la *«Déclaration de la FMH au sujet de l'introduction du nouveau financement hospitalier le 1er janvier 2012»*.

La Chambre médicale *approuve la proposition n° 1 au point 6 de l'ordre du jour* à l'unanimité, sans opposition et avec 34 abstentions, donnant ainsi son accord à la *Déclaration de la FMH*.

Puis, la Chambre médicale se prononce sur le complément à la *Déclaration* exigé par l'ASMAC.

Le complément – formulé dans les termes suivants: *«Des conditions de travail sûres et les effectifs en personnel nécessaires à des soins de bonne qualité sont garantis lors de la mise en application du nouveau financement hospitalier»* – est *approuvé* par la grande majorité, avec 5 oppositions et 10 abstentions.

Enfin, la Chambre médicale *rejette* la *proposition n° 2a au point 6 de l'ordre du jour*, demandant de *soutenir le moratoire DRG*, par 53 oui contre 75 non, sans abstention.

*Bosshard/ASMAC* tient alors à expliquer pourquoi l'ASMAC s'est abstenue lors du vote sur la proposition n° 1 au point 6 de l'ordre du jour. Si on avait voté d'abord sur le complément à la *Déclaration*, les délégués de l'ASMAC auraient bien entendu également pu soutenir le texte.

**Révision de la LAMal: soins intégrés**

Deux propositions de l'ASMAC et une de la Société de médecine du canton de Bâle-Campagne ont été soumises pour ce point de l'ordre du jour.

La parole est donnée à *Homayon Chaudhry/ASMAC* pour présenter les propositions de l'ASMAC. Lors de son séminaire sur la politique professionnelle, qui s'est déroulé comme à l'accoutumée la veille de la Chambre médicale, l'ASMAC a constaté que cela n'avait pas de sens de présenter deux propositions allant de facto dans la même direction. Pour cette raison, la *proposition n° 1 au point n° 7* a été *modifiée* comme suit en proposition n° *1a*:

*«La Chambre médicale prend une décision de principe selon laquelle la FMH s'oppose fermement à la suppression du libre choix du médecin telle que le Parlement la prévoit avec la quote-part différenciée, à la coresponsabilité budgétaire obligatoire, à la liberté de contracter et à la détérioration du secret médical.*

*La FMH s'engage de manière active et incontestable en faveur de cet objectif, ce qui implique également le soutien d'un éventuel référendum contre le projet de Managed care tel qu'il est conçu.*

*Si la Chambre médicale devait accepter cette proposition, la FMH fera connaître cette décision par un communiqué de presse.»*

La *proposition n° 2* au point n° 7, déposée par Ch. Bosshard/ASMAC, *est retirée*.

*H. Chaudhry/ASMAC* précise qu'il ne s'agit en aucun cas d'un vote contre le Managed care, car en Suisse, ce dernier existe et fonctionne déjà bien. L'ASMAC entend plutôt lancer la discussion au sein de la Chambre médicale, et parmi les membres de la FMH, à propos du soutien que l'on pourrait accorder à un référendum.

Concrètement, l'ASMAC s'oppose à l'introduction généralisée du Managed care telle qu'elle est prévue (de facto) dans le projet de loi car cela revient à une obligation d'y adhérer. La présente proposition ne concerne pas les modèles de soins intégrés existant déjà. Et c'est à chaque patient de pouvoir décider librement s'il veut adhérer à un modèle d'assurance de Managed care ou non. Pour l'ASMAC, les quotes-parts différenciées sont inacceptables car elles pénalisent financièrement les patients qui ne sont pas affiliés à un réseau de médecins. A l'heure actuelle, nombreux sont les patients qui ne pourront tout simplement pas se permettre de ne pas intégrer un réseau de soins. L'ASMAC s'oppose également à la coresponsabilité budgétaire qui masque en fin de compte un rationnement des soins car les médecins seront contraints de sélectionner les risques. Il suffit d'observer la situation en Allemagne où une partie du corps médical, après l'euphorie du début, se prononce désormais nettement contre les modèles de Managed care. Par ailleurs, la relation de confiance entre le médecin et son patient est compromise parce que la responsabilité médicale et la responsabilité économique ne sont plus distinctes l'une de l'autre. Sans oublier que des conflits pourraient également éclater entre les différents fournisseurs de prestations au sein même des réseaux de médecins. On observe déjà maintenant un antagonisme au sein du corps médical entre médecins de premier recours et spécialistes. La liberté de contracter pose également un problème à l'ASMAC: les caisses-maladie pourraient décider de leur propre chef avec quels réseaux de médecins (bon marché) elles veulent conclure des conventions. L'obligation de contracter serait ainsi vidée un peu plus de sa substance. Et enfin, le problème de la protection des données est encore bien réel: l'échange des données exigé à l'intérieur des réseaux afin d'«optimiser» les traitements, citons notamment la notion de «patient transparent», compromet le secret médical et la relation de confiance médecin-patient.

L'ASMAC estime que le projet n'est pas abouti et que la Suisse adopterait là un modèle qui a échoué. La Scandinavie, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas sont revenus sur la suppression du libre choix du médecin, notamment parce que cela induit des temps d'attente beaucoup trop longs contre lesquels les patients se sont battus. On peut observer des temps d'attente prolongés dans tous les réseaux de Managed care généralisés à un système de santé. Finalement, et l'ASMAC en est convaincue, le Managed care étendu à tout le pays représente véritablement l'une des plus mauvaises solutions pour soutenir les médecins de famille.

*Tobias Eichenberger/BL* explique ensuite sa *proposition n° 3 au point n° 7*, par laquelle il entend soumettre la (nouvelle) proposition n° 1a de l'ASMAC à la votation générale au cas où celle-ci serait acceptée. Il souligne également que l'intervention de la Société de médecine du canton de Bâle-Campagne contre le projet de loi n'est en aucun cas dirigée contre les réseaux de médecins existant actuellement ni contre les médecins de famille. Bien au contraire! Ce sont les médecins de famille de son canton qui ont pris l'initiative à la base de sa proposition. Plus de 50% des médecins de familles du canton de Bâle-Campagne, et c'est probablement aussi le cas pour de nombreuses régions de notre pays, sont organisés en associations, en réseaux avec ou sans coresponsabilité budgétaire – et la tendance est à la hausse. Cette évolution est également encouragée par le comité de notre Société parce qu'elle est libérale, volontaire et très physiologique. Et pourtant, même l'initiateur et directeur du réseau de médecins Nord-Ouest est critique face au projet de loi. Les médecins de famille veulent pouvoir développer leurs réseaux de manière indépendante, selon leurs propres initiatives mais ils refusent un projet généralisé. De ce fait, *T. Eichenberger* invite les délégués à soutenir la proposition de H. Chaudhry/ASMAC.

Le *président* demande aux délégués qui prennent la parole d'être plus brefs afin que l'on puisse vraiment entendre tous les avis. Il donne tout d'abord la parole à Ignazio Cassis/CC qui dresse un état des lieux du projet de loi au Parlement.

Pour commencer, *I. Cassis/CC* récapitule l'évolution du projet de loi qui a vu le jour en 2004 avant de disparaître dans un tiroir du Conseil des Etats pendant cinq ans. Il a refait surface en avril 2009 dans le contexte de la suppression de l'obligation de contracter. Depuis lors, ce projet a navigué entre le Conseil national et le Conseil des Etats. La troisième délibération au Conseil des Etats aura lieu le 30 mai, le projet ira à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) le 23 juin 2011 et enfin, le Conseil national délibérera pour la troisième et dernière fois à ce sujet lors de la session d'automne. Cela signifie que la conférence de conciliation entre le Conseil national et le Conseil des Etats aura également lieu durant la session d'automne, en septembre, et le vote final vers la fin septembre. Variante A: le Parlement enterre la loi, et l'affaire est classée. Variante B: le projet est accepté, il est alors possible de lancer un référendum dans les trois mois qui suivent sa publication officielle. La collecte de signatures pourra commencer au plus tôt vers la mi-octobre, au moment des élections nationales. Selon l'issue de la votation, la loi n'entrera pas en vigueur ou alors au plus tôt le 1er janvier 2013. Des divergences subsistent entre le Conseil national et le Conseil des Etats sur les trois points suivants: l'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux de soins, l'indépendance des réseaux (et des médecins) et la quote-part différenciée. En revanche, l'amélioration de la compensation des risques, exigée par la Chambre médicale à plusieurs reprises, a été incluse au projet de loi.

Au sujet de l'indépendance des réseaux, le Conseil des Etats semble vouloir biffer l'art. 12, al. 5 («Les caisses-maladie ne peuvent gérer des institutions dispensant des traitements médicaux aux assurés ni avoir une participation financière dans de telles institutions.»). I. Cassis tentera de le réintroduire au Conseil national. Mais personnellement, il pense que le Conseil national suivra le Conseil des Etats et biffera également cet alinéa.

L'indépendance des réseaux, stipulée à l'art. 13, al. 2g («Les assureurs doivent remplir en particulier les conditions suivantes: […] offrir à leurs assurés, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs assureurs et sur *la totalité de leur rayon d'activité territorial*, une ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41c, *réseaux qui s'organisent indépendamment des assureurs*.») a également été entièrement biffée par le Conseil des Etats au motif qu'il existe depuis 20 ans des réseaux de médecins (plus d'un million d'assurés, plus de la moitié des médecins de familles sont dans un modèle de Managed care sous une forme ou une autre) et plusieurs réseaux appartiennent entièrement ou partiellement à des assureurs. Il n'a donc pas été question de révolution mais plutôt de conserver ce qui, d'un point de vue pragmatique, fonctionnait déjà bien. En revanche, la nécessité d'offrir sur tout le territoire des formes d'assurances qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés a aussi été biffée par le Conseil des Etats. Entre-temps, elle a été en partie reprise dans les dispositions transitoires.

La troisième divergence relève de la participation aux coûts stipulée à l'art. 64, al. 1–2bis:

«[1] Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

[2] Leur participation comprend: a. un montant fixe par année (franchise) et b. 20% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part); la lettre c est réservée; c. pour les assurés dans le cadre d'une forme par-

ticulière d'assurance au sens de l'art. 41c, 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

[2bis] Les assureurs peuvent renoncer totalement ou partiellement au prélèvement de la participation aux coûts pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'art. 41c.»

Selon *I. Cassis/CC*, le Conseil national a la volonté de conserver les 10% actuels, ce pourcentage étant toutefois uniquement valable pour les assurés affiliés à un réseau de soins intégrés. La quote-part pour les assurés non-affiliés à un tel réseau s'élèvera à 20%. Le Conseil des Etats défend une quote-part de respectivement 7,5% et 15%, ce qui sera probablement confirmé le 30 mai 2011 au Parlement.

Par ailleurs, *I. Cassis/CC* pense que le montant maximal de la franchise, fixé à l'art. 64, al. 3 et 3bis, revêt beaucoup plus d'importance que la participation proportionnelle aux coûts:

«[3] Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise.

Le montant maximal annuel de la quote-part est de 1000 francs.

Pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'art. 41c, le montant maximal annuel de la quote-part est de 500 francs.

[3bis] Le Conseil fédéral peut adapter les montants maximaux annuels de la quote-part au sens de l'al. 3 en fonction de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.»

Le Conseil des Etats envisage actuellement d'imposer une quote-part maximale de 500 CHF par an aux citoyens suisses assurés dans un réseau de soins intégrés et une quote-part maximale de 1000 CHF par an à ceux assurés en dehors d'un réseau de soins. Aujourd'hui, la quote-part annuelle est de 700 CHF par an, ce qui signifie concrètement une augmentation de CHF 300 par an pour tout citoyen suisse n'adhérant pas à un réseau de soins intégrés.

La Chambre médicale est emmenée par le Dr Jacques de Haller, président de la FMH.

Pour en revenir aux dispositions transitoires, l'obligation pour les assureurs d'offrir des prestations liées aux réseaux de soins intégrés, comme mentionné ci-avant, a été reprise – du moins en partie. Cette disposition a la teneur suivante:

*«Jusqu'à l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions, mais au plus tard* ***cinq*** *ans après l'entrée en vigueur de la présente révision, le Conseil fédéral* ***peut obliger*** *les assureurs à offrir, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs autres assureurs, une ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41c.*

*Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'art. 64, al. 2, let. b et c dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Une quote-part de 10% s'applique dans ces cantons.»*

Offrir des formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés n'est donc plus une obligation, mais le Conseil fédéral peut toutefois prendre une décision à ce sujet lorsque les choses n'évoluent pas comme on l'entend.

Le *président* remercie I. Cassis pour cet exposé systématique avant d'entamer la discussion.

*Ch. Bosshard/ASMAC* souligne que l'ASMAC a toujours soutenu les soins intégrés mais pas sous la forme prévue actuellement dans le projet de loi.

*M. Müller/CMPR* rappelle aux délégués que le projet actuel repose essentiellement sur les thèses de la FMH approuvées par la Chambre médicale il y a quelques années. Il ajoute que les médecins de famille sont d'avis que les soins intégrés renforceront leur position et plus encore, que ces derniers sont même une condition à l'introduction des DRG. En effet, pour pouvoir observer et influer sur les imperfections éventuelles du système des DRG lors des transferts entre le domaine hospitalier et le secteur ambulatoire, il faudra qu'il y ait quelqu'un qui régule un tant soit peu ce système. Pour les médecins de famille néanmoins, quelques points sont absolument indispensables – ce qui d'ailleurs n'apparaît nulle part dans les propositions – dont le plus important concerne le maintien de la compensation des risques dans le projet et non pas sa suppression comme le Conseil des Etats le voulait. En outre, l'indépendance des réseaux est un autre point crucial qui risque d'affaiblir un grand nombre des arguments avancés. Mais il est clairement d'avis qu'aujourd'hui, il est beaucoup trop tôt pour se prononcer définitivement sur un référendum. Le projet de loi n'est pas encore définitif, et il subira encore des modifications importantes, si ce n'est son abandon total par le Parlement. La FMH perdrait une grande partie de sa crédibilité si elle s'opposait ici et maintenant à un projet – reposant sur ses propres thèses! – avant même d'en connaître la version définitive. Il propose, et c'est également la position des Médecins de famille Suisse, de rejeter les propositions favorables à un référendum et de charger l'Assemblée des délégués de formuler la position de la FMH face

au projet de loi, dès que la version du texte sera définitive. Toute autre démarche n'a aucun sens.

*Didier Châtelain/GE* explique que, suite à une enquête effectuée auprès de ses membres fin 2010 et à une assemblée générale extraordinaire, l'Association des médecins du canton de Genève/AMG soutient majoritairement la proposition de H. Chaudhry/ASMAC. En sa qualité de président de l'Association des médecins de famille genevois, il ajoute que la majorité d'entre eux soutiennent également cette proposition. A son avis, être en accord avec le texte de loi actuel serait faire preuve d'une grande naïveté. Ce n'est pas le montant fixé pour les différentes participations aux coûts des assurés qui importe, mais bien plus le fait que les patients/assurés n'entreront dans les réseaux de soins intégrés que par cette entremise. Par ailleurs, le Parlement a en grande partie dénaturé l'idée initiale du Managed care, qui était peut-être bonne, et l'a engagée dans une mauvaise direction. Notons en particulier la perte de l'indépendance des médecins dans la gestion de leur réseau. Or cette indépendance est absolument nécessaire, même l'association des Médecins de famille Suisse l'avait désignée comme une ligne rouge à ne pas franchir.

Pour *Jörg Fritschi, président de l'organisation faîtière des réseaux de médecins suisses Med-Swiss.Net*, le moment est venu de donner un autre son de cloche que les arguments répétés jusqu'à présent. Il se demande comment T. Eichenberger et H. Chaudhry sont-ils sensés savoir ce qui est bon pour les réseaux de médecins et il s'étonne aussi du nombre de personnes qui s'expriment à ce sujet alors qu'elles sont opposées à ce projet. La proposition de H. Chaudhry contient des déclarations erronées sur les modèles de Managed care en Suisse et il faut absolument les corriger. En évoquant la question des temps d'attente, l'auteur de la proposition désavoue les quelque 80 réseaux de médecins en Suisse et ainsi pas moins de 4500 médecins de famille qui aujourd'hui ont acquis jusqu'à 15 ans d'expérience avec le Managed care. Trois points sont notamment à relever. Premièrement, on se réfère constamment au Managed care établi aux USA ou en Allemagne alors qu'il s'agit de systèmes complètement différents. Il est indispensable aujourd'hui de se concentrer uniquement sur le système suisse. Le deuxième point touche à la question du budget: il faut différencier entre le budget virtuel en tant que planification financière dont on ne retire aucun bénéfice et le budget versé en monnaie sonnante et trébuchante, par ex. les forfaits DRG. Cette différence est primordiale. Et troisièmement: celui qui ne manage pas lui-même sera «managé» par quelqu'un d'autre. Soit on s'efface et on confie le Managed care aux bons soins des économistes, soit on assume un rôle actif en prenant ses propres responsabilités dont fait également partie l'aspect économique du travail médical. L'art. 41, al. 4 constitue la base légale actuelle du Managed care, il stipule que *«L'assuré peut […] limiter son choix aux fournisseurs de prestations* ***que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses.»*** Le Managed care est ainsi défini comme un produit bon marché dans le cadre duquel les assureurs choisissent les médecins. Les assureurs n'ont pas encore utilisé ce levier uniquement parce que la chasse aux assurés en bonne santé est plus lucrative que le Managed care, vu la mauvaise compensation des risques actuelle. L'amélioration de cette compensation modifiera la situation. Pourquoi un nouvel article? Le Managed care doit enfin se baser sur une convention négociée entre les réseaux de soins intégrés et les assureurs. C'est, en l'occurrence, l'amélioration centrale du projet. La question fondamentale qu'il faut se poser dans ce contexte est la suivante: les soins de santé doivent-ils être coordonnés d'après les besoins ou le secteur ambulatoire doit-il continuer de fonctionner selon le principe du libre-service à une époque où la médecine devient toujours plus complexe? Le coordinateur est le fournisseur de prestations dans la mesure où les médecins – donc le corps médical – y participent activement. Le libre choix du médecin n'est pas aboli puisque les patients pourront, en tout temps et sans problème, changer de médecin à l'intérieur du réseau. La quote-part différenciée vise à inciter les patients à adhérer à des réseaux. Il n'est pas interdit de récompenser les patients coopératifs. La différence à payer ne coûte pas plus cher qu'un demi-café-crème ou quatre cigarettes. En définitive, ce n'est pas le pourcentage qui est décisif mais le montant exact à payer. Par ailleurs, 15 ans d'expérience avec le Managed care démontrent que la crainte face à la coresponsabilité budgétaire, aux restrictions budgétaires, au rationnement, etc., n'est pas justifiée, et enfin, tout budget est négociable. Citons l'exemple d'un réseau de médecins lucernois qui a dénoncé en 2009 la convention qui le liait à une grande assurance. En 2010, ce réseau a obtenu une convention appropriée. Le «diktat des caisses» est donc une expression inventée de toutes pièces. En Suisse, le budget est un objectif financier virtuel. Le montant budgétisé n'est pas une forme de rémunération. Pour cette raison, il n'existe pas non plus de rationnement. Les médecins de réseau continuent de facturer leurs prestations avec le tarif des prestations individuelles. De ce fait, la crainte d'un budget épuisé en octobre, la crainte d'économiser sur le dos des patients est injustifiée. Pour ceux qui s'inquiètent d'une perte de qualité, ajoutons que Managed care signifie aussi coordination ciblée pour éviter les complications et les hospitalisations superflues. Le médecin doit se demander ce qu'il peut ne pas prescrire, sans préjudice pour le patient, tout en gardant la conscience tranquille. C'est une question tout à fait légitime. Pour conclure, *J. Fritschi* ajoute que les belles paroles entendues aujourd'hui à plusieurs reprises – on n'est pas contre le Managed care, mais uniquement contre le projet de loi – ne sont pas crédibles. Ce projet est actuellement le meilleur compromis, compte tenu des forces en présence. S'il est rejeté,

l'art. 41, al. 4 restera en vigueur. Les assureurs ne se concentreront plus que sur l'achat de prestations en exerçant une pression accrue sur les médecins. Fort de ses considérations, *J. Fritschi/Med-Suisse.net* plaide en faveur du rejet des propositions concernées.

En raison des nombreux délégués qui désirent encore s'exprimer, le *président* se voit contraint de limiter désormais le temps de parole à trois minutes; ce que les délégués approuvent par des applaudissements. Ceux qui soutiennent les propositions envoyées et ceux qui conseillent de ne pas prendre aujourd'hui de décision définitive sur le projet de loi actuel s'expriment en alternance.

Lorsque *Hans Ulrich Iselin/AG* pose la question de savoir quels sont les arguments mis en avant aujourd'hui les mieux à même d'être entendus par le Parlement, *I. Cassis/CC* répond que selon ses estimations, l'indépendance des réseaux est le seul point pour lequel on dispose encore d'une certaine marge de manœuvre.

Le *président* explique ensuite les enjeux du vote auquel vont procéder les délégués. *La proposition n° 1 au point n° 7* demande que la Chambre médicale prenne la décision de principe de s'opposer au projet de loi actuel et de soutenir un référendum. Il rappelle qu'en vertu des statuts (art. 37), la décision de la Chambre médicale relative au référendum doit être transmise à l'Assemblée des délégués, compétente pour décider de la participation à un référendum comme l'indique la proposition n° 1. Il souligne que l'approbation de cette proposition bloquerait la FMH car elle contient des points déjà fixés de manière définitive dans le projet de loi et qui ne font plus l'objet de débats au Parlement. Cette proposition correspond donc, de facto, à un rejet définitif de la loi et la FMH n'aurait plus aucun levier ni moyen de pression pour négocier au cours des mois restants.

*La proposition n° 2 au point n° 7* demande une votation générale sur le contenu de la proposition n° 1, dans la mesure où elle est acceptée.

*T. Eichenberger/BL* aimerait que les délégués se prononcent tout d'abord sur sa proposition. Il pense en effet que la votation générale, certainement contestée, nécessite certaines explications. Pour la Société de médecine du canton de Bâle-Campagne, la votation générale est un instrument démocratique décisif, c'est donc rarement une erreur de l'utiliser. En outre, dans son canton, la base est critique vis-à-vis des organes dirigeants de la FMH, elle se sent déstabilisée. La votation générale aurait un impact positif sur leur légitimation, la discussion qui l'accompagne permettant de mieux comprendre les enjeux politiques et d'augmenter l'engagement des médecins que représente la FMH. Et enfin, en l'absence d'une votation générale, il y aura toujours des voix qui s'élèveront contre la décision de ce jour. Par conséquent, la votation générale est importante pour l'unité de la FMH.

Avant de passer au vote, le *président* fait remarquer que, de par son intitulé, la *proposition n° 2 au point n° 7* dépend de l'approbation de la proposition n° 1.

*La proposition n° 1a au point n° 7 de H. Chaudhry/ASMAC* est *approuvée* par 71 voix contre 63. Elle est *transmise à l'Assemblée des délégués*.

*La proposition n° 3 au point n° 7 de T. Eichenberger/BL* est *approuvée* à une forte majorité.

*Ch. Bosshard/ASMAC* intervient pour demander le décompte des voix car la décision d'organiser une votation générale nécessite la majorité des deux tiers.

Le décompte des voix donne 121 oui, 23 non et 2 abstentions.

La séance est interrompue à 12h35 pour la pause de midi.

Elle reprend à 13h25.

Le *président* revient sur les décisions prises par la Chambre médicale durant la matinée pour en préciser les conséquences pour la FMH car quelques délégués les considèrent comme extrêmement problématiques. Il s'agit pour lui d'une question fondamentale: la FMH entend-elle être une organisation professionnelle qui veut tenir son rang, qui veut agir et réagir et représenter le corps médical de façon crédible? De nombreux délégués demandent la parole.

L'avis d'*Urs Stoffel/ZH* est représentatif de la situation. Il est sidéré par la décision prise ce matin et il se demande si la Chambre médicale se rend vraiment compte des conséquences de ses décisions. Tout d'abord avec la proposition Girr puis celles relatives au Managed care, la FMH a pris congé de tous les points à l'ordre du jour de la politique de santé. Il cite un extrait de la proposition Girr: «En cas de divergences d'opinion, il faut organiser une enquête auprès des membres ou une votation générale.» Ce qui veut dire pour lui que la Chambre médicale est un groupe de parole qui peut certes mener des discussions mais au final, on procède quand même à une enquête ou à une votation générale, et face au monde extérieur, la FMH doit assumer les conséquences de ce qu'il en est ressorti. Le but de la réforme des structures a été d'adapter ces dernières de façon à ce que la FMH puisse avoir du répondant et agir rapidement pour apporter des éléments de réponse et formuler des prises de position relatives aux questions brûlantes de politique de santé. Aujourd'hui, le corps médical a scié lui-même la branche sur laquelle il se trouvait pour agir. Le projet de Managed care est bloqué, la FMH ne peut plus exercer aucune influence, bien que, comme certains l'ont souligné à plusieurs reprises, on aurait pu influer sur une «procédure» en cours avec un peu d'habileté et de tactique. Maintenant, il va falloir procéder à une votation générale et en assumer le résultat quel qu'il soit. Ce n'est pas le levier dont nous avons besoin pour mettre le projet de Managed care sur la bonne voie. Dans un élan autocritique, U. Stoffel relève qu'il ne s'était pas attendu à ce que cette assemblée prenne des décisions aussi peu sages et qu'elle se désavoue ainsi elle-même.

*H.-U. Iselin/AG* dépose une *demande formelle de reconsidération* de la proposition de *H. Chaudhry/ASMAC*. Si cette proposition devait être acceptée dans le cadre d'une votation générale, cela signifie que dans tous les cas, la FMH devra lancer un référendum contre le projet de loi alors que celui-ci procure une nette amélioration face au statu quo actuel.

Au cours de la séance, *H.-U. Iselin* dépose encore une autre proposition avec la teneur suivante: si sa proposition de reconsidération est acceptée, il faudra mandater l'Assemblée des délégués pour élaborer une contre-proposition à la proposition Chaudhry. En effet, cette dernière peut être assimilée à une initiative qu'il faut peaufiner et dans laquelle les éléments essentiels en faveur ou contre un référendum doivent être définis clairement.

De nombreux délégués veulent réagir à la proposition de reconsidération et demandent la parole. Pour *H. Chaudhry/ASMAC,* les opposants à sa proposition sont de mauvais perdants. C'est le propre d'une démocratie de voter et de voir les perdants respecter le résultat.
Quelques intervenants tels que *Hans-Jakob Riedtmann/ZH* lui rétorquent que le respect des résultats d'un vote fait certes partie de la démocratie, mais que la démocratie permet tout autant de les reconsidérer.

Avant que le *président* ne donne encore la parole, il annonce qu'une Chambre médicale extraordinaire aura définitivement lieu cet automne. Tous les points à l'ordre du jour ne pourront être traités aujourd'hui, faute de temps. Il est maintenant plus important de consacrer le temps qui reste à la discussion relative à la proposition de reconsidération et au Managed care.

*H. Chaudhry/ASMAC* insiste sur le fait qu'il existe une demande formelle de 7 sociétés cantonales de médecine et de sociétés de discipline médicale, à savoir Genève, Schaffhouse, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Ophtalmologie, Dermatologie et ORL, pour une votation générale sur sa proposition n° 1a au point n° 7. Les statuts de la FMH exigent à cet effet trois à cinq sociétés.

Le *président Jacques de Haller* précise qu'en ce qui concerne la votation générale, les statuts (art. 24, al. 1) stipulent ceci: *«Une décision prise sans clause d'urgence par la ChM (cf. article 33, 6e alinéa) doit être soumise aux membres en votation générale […]»*.

*Ph. Vuillemin/VD* estime inacceptable que les délégués battus lors du vote de ce matin soient traités de mauvais perdants. Il a personnellement approuvé la proposition n° 1a au point n° 7 mais, si les statuts de la FMH prévoient de répéter un vote ou de revenir sur une décision, cela correspond à l'application d'un droit démocratique de la Chambre médicale, peu importe les bons ou les mauvais perdants. En outre, il a renoncé à soutenir la votation générale. Il siège, comme d'autres, depuis plus de 20 ans dans un parlement et il a conscience qu'il doit accepter comme élu d'être un représentant du peuple. Mais ce n'est pas une raison pour constamment interroger la base. De temps en temps, il faut aussi avoir le courage de ses responsabilités et d'agir au nom de ceux que l'on représente.

*I. Cassis/CC* signale qu'il n'a encore jamais vécu, en tant que conseiller national, le lancement d'un référendum avant que le Parlement ne se soit prononcé sur un projet de loi. Il est envisageable d'annoncer un référendum au plus tôt lors du vote final. La proposition *n° 1a de H. Chaudhry/ASMAC* se réfère à la version du projet de loi en date du 26 mai 2011. Si nous organisons maintenant une votation générale sur l'acceptation ou le refus d'un référendum, nous prendrions une décision avant que le Parlement n'ait achevé son travail, ce qui est pour le moins inhabituel. Si le non l'emporte lors de la votation générale, cela voudrait dire que la FMH rejette également des dispositions réglementaires qui sont aujourd'hui déjà définitivement intégrées au projet de loi, et qui ont déjà été approuvées à plusieurs reprises par la Chambre médicale, à chaque fois à une large majorité. Ce sont notamment: 1. L'affinement de la compensation des risques (basée sur la morbidité). 2. Les conventions sur le Managed care. 3. La qualité: on a pu éviter un diktat de l'OFSP concernant la qualité des soins. 4. Les prestations: les réseaux de médecins disposent d'une offre de prestations élargie, la fonction du médecin-conseil telle que nous la connaissons n'existe pas car celui-ci est intégré au réseau. Cela signifie moins de contrôles des offres de traitement, une plus grande liberté de choix concernant la manière avec laquelle les médecins tiennent à pratiquer la médecine et aucune obligation à se justifier devant quiconque. 5. Coresponsabilité budgétaire: c'est exact de dire que dans les thèses de la FMH sur le Managed care, elle n'était pas mentionnée comme une obligation, à l'instar de ce qui est maintenant

Les délégués votent les grandes lignes de la politique professionnelle et prennent les décisions statutaires.

défini par le Parlement, mais comme une possibilité. Le Parlement n'impose aucune sorte de coresponsabilité budgétaire; dans le projet de loi, il est simplement question d'*une forme de coresponsabilité budgétaire*. C'est donc aux parties (partenaires contractuels) d'en déterminer la forme. 6. Dans les thèses de la FMH, nous demandions que les réseaux de soins intégrés soient facultatifs pour tous les acteurs, fournisseurs de prestations, assureurs et patients. Le projet de loi a conservé le caractère facultatif pour les fournisseurs de prestations et les patients. Les dispositions transitoires prévoient la possibilité d'imposer le Managed care aux assureurs après une période de cinq ans. Un non à la votation générale signifierait que nous rejetons tout cela alors que cela correspond exactement aux thèses de la FMH. Et nous dirions non, sans connaître l'évolution des deux autres points encore en suspens en raison des divergences entre le Conseil national et le Conseil des Etats – à savoir la participation aux coûts et l'indépendance des réseaux de médecins. *I. Cassis/CC* pose la question suivante aux délégués: «Voulons-nous nous prononcer par un oui ou par un non à la version actuelle du projet de loi?» Pour lui personnellement, cette décision n'a aucun sens et il n'arrive pas non plus à comprendre quelle est la stratégie poursuivie.

*H. Chaudhry/ASMAC* dépose alors une *motion d'ordre* visant à interrompre la séance pendant 10 minutes afin que les organisations qui ont formellement demandé une votation générale puissent délibérer.

La Chambre médicale *accepte* cette *motion d'ordre* par 74 voix contre 46 et quelques abstentions.

La séance est interrompue puis elle reprend à 14h12.

*H. Chaudhry/ASMAC* confirme que sept organisations proposent une votation générale. Il demande que la Chambre médicale se prononce sur cette requête avant de prendre une décision concernant la proposition de reconsidération.

Le *président* invite H.-P. Kuhn à expliquer la situation du point de vue juridique.

*H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint* confirme que les organisations concernées peuvent demander une votation générale *sur une décision de la Chambre médicale*. Comme il faut donc savoir tout d'abord clairement ce que la Chambre médicale décide, il est logique de débattre tout d'abord sur la proposition de reconsidération.

Le *président* soumet au vote la *proposition de reconsidération* de *H.-U. Iselin/AG*.

La Chambre médicale *accepte la proposition de reconsidération* par 78 voix contre 69 et 5 abstentions.

La discussion qui suit est très animée et engagée. Il en ressort plusieurs propositions qui mettent en exergue différents points à adresser aux parlementaires sous forme d'exigences claires:

*Proposition n° 4 au point n° 7 de H.-U. Iselin/AG: «Il faut supprimer les deux décisions prises dans le cadre dans la proposition 1a et 3 au point n° 7, discuter cette thématique et prendre une décision dans le cadre d'une Chambre médicale extraordinaire, une fois la prise de décision parlementaire achevée.»*

*Proposition n° 5 au point n° 7*, tout d'abord de *Jürg Nadig/Oncologie médicale*, puis présentée par *P. Wiedersheim/SG* avec un contenu similaire et stipulant ce qui suit:

*«L'indépendance des cabinets médicaux et des réseaux de médecins est une exigence contraignante pour l'acceptation du projet de Managed care.»*

*Proposition n° 6 au point n° 7 de Philipp Rahm/ASMAC:*

*«La FMH s'engage dans le contexte du Managed care:*
- *pour la liberté de contracter*
- *contre la coresponsabilité budgétaire*
- *contre une quote-part différenciée.*

*Cette décision sera publiée.»*

Le *président* précise que ces trois points figurent déjà dans le projet de loi. Pour cette raison, il propose d'en rediscuter à la Chambre médicale extraordinaire lorsque le texte de loi sera définitif.

Le *président* soumet ensuite au vote tout d'abord la *proposition n° 4 au point n° 7*. Il suggère d'opposer cette dernière à la proposition n° 1a au point n° 7 de H. Chaudhry/ASMAC. H. Chaudhry/ASMAC demande que la Chambre médicale se prononce séparément sur ces deux propositions.

Dans un premier vote, la Chambre médicale *rejette la proposition n° 1a au point n° 7 de H. Chaudhry/ASMAC* par 82 voix contre 53 et 4 abstentions.

La Chambre médicale *approuve* ensuite la *proposition n° 4 au point n° 7 de H.-U. Iselin/AG* par une nette majorité, 6 voix contre et 10 abstentions.

*La proposition n° 5 au point n° 7 de J. Nadig/P. Wiedersheim* est *approuvée* à l'unanimité, avec 2 abstentions.

Le *président* ajoute que l'exigence clairement exprimée dans cette proposition sera bien entendu portée à la connaissance du public.

Et enfin, la Chambre médicale *rejette* la *proposition n° 6 au point n° 7* de *Ph. Rahm/ASMAC* à une grande majorité.

Ce point de l'ordre du jour est terminé.

Le *président* propose de traiter maintenant les modèles de direction. Aucun délégué ne s'oppose à cette modification de l'ordre du jour.

**Nouveaux modèles de direction**

Avant de lancer la discussion, le président souhaite faire une déclaration: les modèles de direction, tels qu'ils ont été mis à jour au cours des derniers mois et présentés par le groupe de travail, exigent un engagement nettement plus fort et plus large du Secrétariat général, et du secrétaire général en particulier. En effet, ce dernier verra son champ d'activité se modifier profondément; il devra notamment être beaucoup plus présent sur les plans de la politique et des

relations publiques. Cela a conduit Daniel Herzog à décider de réorienter sa carrière à partir du 1er septembre 2011; il quittera la FMH le 31 août 2011. Le Comité central, qui s'est chargé de sa succession, et le groupe de travail «Modèles de direction» ont tous deux procédé à des entretiens avec la juriste Anne-Geneviève Bütikofer, et, après également une évaluation professionnelle, ils sont arrivés à la conclusion que cette dernière a toutes les qualités requises pour occuper la fonction de secrétaire générale, telle qu'elle a été redéfinie par les modèles de direction. A.-G. Bütikofer se présentera brièvement à la fin de la présentation du rapport final du groupe de travail «Modèles de direction».

*U. Stoffel/ZH*, prend la parole et au vu de l'heure avancée, il souhaite que l'on se concentre sur les points principaux du rapport final, et en particulier sur les *«Recommandations du groupe de travail ‹Mise en œuvre du modèle de direction de la FMH› à la Chambre médicale»*. Le rapport final a été envoyé aux délégués de la Chambre médicale en même temps que les autres documents de séance.

Un des points les plus discutés au sein du groupe de travail concerne le domaine «Médecins indépendants». Bien que ce domaine ait été adopté de manière contraignante par la Chambre médicale, une majorité des membres du groupe de travail souhaite qu'il ne soit pas attribué à une personne en particulier, et que les questions et les problèmes des médecins indépendants, qui touchent souvent plusieurs domaines, soit transmis directement au domaine concerné. Le CC et une majorité des membres du groupe de travail sont d'avis que les objectifs principaux et décisifs de ce domaine doivent être élaborés et mis en œuvre par le Comité central dans son ensemble, et non par un domaine en particulier.

Une partie des membres du groupe de travail a en revanche estimé que le domaine «Médecins indépendants» devrait impérativement être conservé, de manière à assurer la communication vers l'extérieur. Une proposition en ce sens a été déposée. Ce groupe, composé de membres de la SMSR et du VEDAG, a également rédigé un document en vue de définir le domaine. Ce document a été joint à la proposition.

Un autre point important, évoqué précédemment par le président, porte sur le renforcement du Secrétariat général – considéré par les membres du groupe de travail comme l'un des principaux bastions du corps médical. Ce nouveau rôle permettra de mettre en œuvre les demandes de la base de manière plus efficace et adéquate.

Sur la base des discussions menées en son sein, le groupe de travail a élaboré 11 recommandations à l'intention de la Chambre médicale. Le groupe n'a pas souhaité prendre de décisions définitives, mais plutôt donner des recommandations sur la manière dont il conçoit la suite de la mise en œuvre. La future secrétaire générale, A.-G. Bütikofer, doit aussi avoir la possibilité – et la liberté – de mettre en œuvre ces recommandations, telles qu'elles seront décidées aujourd'hui par la Chambre médicale.

*R. Schwarz/CdG* se réfère à la recommandation n° 7, qui porte sur la mise en place d'un nouveau modèle d'indemnisation pour les membres du CC, sous la forme d'une indemnisation de base complétée par des allocations en fonction du domaine. Il a également lu dans le rapport final qu'il est question de renoncer à la saisie des heures et demande à ce que l'on ne perde pas de vue les conséquences que peut avoir cette recommandation sur les facturations internes et sur la facturation par centre de coûts qui a cours à la FMH.

*U. Stoffel/ZH* explique que ce nouveau modèle vise un allègement des structures. Cette proposition doit par ailleurs être examinée et mise en œuvre en collaboration avec la CdG, car cette dernière aurait là la possibilité de parer d'éventuelles lacunes.

Comme il n'y a pas d'autres questions sur le rapport final, *U. Stoffel/ZH* passe la parole à Jean-Pierre Pavillon/VD pour la présentation de la *proposition conjointe de la SMSR et du VEDAG, proposition n° 2 au point 10*.

Selon *J.-P. Pavillon/VD*, certains membres du groupe de travail étaient quelque peu réticents à voir disparaître le domaine «Médecins indépendants». En effet, cette disparition pourrait créer une situation d'inégalité entre les médecins indépendants et les médecins employés, qui ont leur propre domaine, alors que la médecine institutionnelle revêt une importance toujours plus grande, que ce soit dans le domaine ambulatoire ou hospitalier. De plus, si les problèmes des médecins indépendants sont traités par différents domaines, ils seront morcelés en différentes questions techniques, et la défense des intérêts des médecins indépendants ne serait plus réellement garantie.

S'ensuit une discussion sur les avantages et les inconvénients de la suppression et du maintien du domaine.

*Urban Laffer/fmCh* souhaite poser une question de compréhension à U. Stoffel. Il cite le rapport final, p. 7: *«Le président occuperait un poste pour ainsi dire à 100% […]»* et rappelle à ce sujet une décision de la Chambre médicale datant de décembre 2007, qui définit le poste du président comme un poste à 100%.

*U. Stoffel/ZH* confirme que c'est toujours le cas et que cette décision n'a pas été révoquée à ce jour, ce qu'il confirme à nouveau plus tard à *B. Gafner/BE*, après qu'il ait posé la même question.

La parole n'étant plus demandée, la Chambre médicale est invitée à voter la *proposition n° 2 au point 10*, soumise conjointement par la *SMSR* et le *VEDAG* avec la teneur suivante:

*«Le texte du rapport concernant la Réforme de Structure (Umsetzung Führungsmodell FMH). Chapitre 5, liste des domaines est modifié comme suit:*

La toute première Chambre médicale de la juriste et future secrétaire générale: Anne-Geneviève Bütikofer reprendra les rênes du Secrétariat général de la FMH le 1er septembre 2011.

– *Maintien du domaine No 11 «Médecins libres praticiens» (Selbständige Ärzte).*
– *Suppression du dernier paragraphe du chapitre 5.»*

La Chambre médicale *approuve la proposition* à une large majorité, avec 3 non et 12 abstentions.

*U. Stoffel/ZH* précise que la proposition du groupe de travail, *proposition n° 1 au point 10,* comprend dorénavant la mise en place du domaine en question.

*Beat Dubs/ZH* propose de renommer le domaine en «Libre pratique». *U. Stoffel/ZH* explique quant à lui qu'en adoptant cette proposition, la Chambre médicale charge le CC d'élaborer une proposition quant à l'organisation future de ce domaine.

La *proposition n° 1 au point 10*, qui demande à la Chambre médicale d'adopter le rapport final du groupe de travail «Mise en œuvre du modèle de direction de la FMH», y compris les «Recommandations de mise en œuvre du modèle de direction de la FMH» – complétée par la proposition n° 2 qui vient d'être adoptée – est *approuvée* à l'unanimité, moins 2 absentions.

Le *président* confirme que le nouveau domaine qui vient d'être adopté sera désormais concrétisé et présenté à la Chambre médicale en mai 2012.

Il prie enfin *A.-G. Bütikofer* de bien vouloir se présenter brièvement aux membres de la Chambre médicale.

*A.-G. Bütikofer* commence par évoquer son parcours professionnel: elle est neuchâteloise et a étudié le droit à Neuchâtel et en Angleterre avant de travailler comme juriste auprès du Secrétariat général de la Commission de recours en matière d'asile du Département fédéral de justice et police (DFJP), puis comme *Legal & Compliance Manager* au sein d'une multinationale du jouet. Par la suite, A.-G. Bütikofer a dirigé le service de coopération transfrontalière du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) pendant quatre ans. Depuis 2008, elle occupe le poste de directrice générale de la santé du canton de Genève, poste qu'elle occupera jusqu'à fin août 2011, avant de prendre ses fonctions de secrétaire générale auprès de la FMH. Son poste actuel lui a non seulement permis d'être confrontée aux problèmes du secteur de la santé, mais également de développer et de restructurer un appareil administratif comprenant plus de 120 collaborateurs, et de proposer des services aux partenaires de la santé et à la population. Au cours de sa carrière, A.-G. Bütikofer a eu l'occasion de collaborer avec des partenaires fédéraux et cantonaux, avec l'administration publique en général et avec le secteur privé. En parallèle, elle a acquis de l'expérience dans le secteur associatif, notamment grâce à son engagement auprès de la Junior Chamber International/Switzerland, où elle a occupé plusieurs fonctions nationales et internationales et dirigé, jusqu'il y a quelques années encore, les assemblées internationales de cette association de jeunes entrepreneuses et entrepreneurs active dans le monde entier. Elle souhaite faire reposer son activité de secrétaire générale sur trois piliers: 1. L'organisation et la coordination. Si le Secrétariat général entend fournir des prestations de qualité, il doit pouvoir disposer d'une direction opérationnelle optimale et d'une bonne coordination entre ses principaux services. Pour ce faire, il faudra bien entendu analyser la structure actuelle, ce qui pourrait conduire à des restructurations. 2. La collaboration. Le Secrétariat général doit être en contact permanent avec les sociétés cantonales de médecine et les sociétés de discipline, et étendre son champ d'activité et sa collaboration avec ces organisations, ce qui est aussi dans l'intérêt des membres de la FMH. A.-G. Bütikofer mettra donc un accent particulier sur la collaboration. 3. Le Comité central. Le Secrétariat général doit garantir un contact permanent et une bonne coordination entre les activités stratégiques et opérationnelles en vue de décharger le Comité central de ses tâches opérationnelles et de lui donner la possibilité de se concentrer sur les questions stratégiques. Il incombera donc au Secrétariat général de livrer des analyses et des recommandations au Comité central, pour que celui-ci soit en mesure de faire le meilleur travail. Pour terminer, A.-G. Bütikofer salue ses futurs collègues et souligne qu'elle aura à ses côtés une équipe qui, maintenant déjà, s'engage quotidiennement pour le bon fonctionnement et la coordination des activités de la FMH.

S'agissant de la collaboration avec le président Jacques de Haller, elle a pu – bien qu'elle ne soit pas de la même orientation politique que lui – établir avec lui les bases d'une relation fondée sur la confiance et sur le dialogue, valeurs sur lesquelles elle compte faire reposer leur collaboration et son travail. Elle souhaite également que ces valeurs servent de base à sa collaboration avec le Comité central.

La Chambre médicale la remercie par des applaudissements.

*Pierre-Alain Schneider/GE* souhaite la bienvenue à A.-G. Bütikofer, qu'il connaît bien. Bien que son arrivée à la FMH soit une très bonne surprise, il regrette vivement son départ de l'Etat de Genève, car elle est une personnalité exceptionnelle, avec qui il a été possible d'entretenir une collaboration d'une grande qualité. Très sensible aux problèmes des médecins, elle comprend très rapidement les enjeux. C'est donc pour lui une excellente nouvelle, il se réjouit qu'elle ait choisi de poursuivre sa carrière auprès de la FMH.

*V. Liguori/TI* aimerait quant à lui savoir si A.-G. Bütikofer parle italien; celle-ci lui répond dans un italien courant, ce qui réjouit le Tessinois.

*A.-G. Bütikofer* ajoute qu'elle parle en fait beaucoup mieux le suisse allemand, raison pour laquelle elle ne s'est pas présentée en bon allemand.

L'heure avançant, le *président* propose de modifier l'ordre du jour en traitant à présent le point concernant HIN, puisque Health Info Net SA a urgemment besoin d'une décision de la Chambre médicale. Il sera ensuite possible de traiter rapidement les points 12 et 13. La Chambre médicale *accepte* tacitement cette modification de l'ordre du jour.

### HIN: augmentation du capital-actions et modification du statut d'actionnaire majoritaire

Le *président* prie *Ernst Gähler, vice-président,* d'exposer la situation de l'entreprise, à la suite de quoi il présentera lui-même la question du financement de HIN et la proposition qui doit être traitée aujourd'hui.

Health Info Net SA a été fondée en 1996 par la FMH, la Caisse des médecins et quelques autres partenaires, et fête donc cette année ses 15 ans. L'objectif des fondateurs était de rendre Internet accessible au corps médical et de mettre à sa disposition un système de communication électronique conforme aux exigences de la protection des données. La technologie utilisée se basait précédemment sur ASAS, conçue par l'entreprise Arpage, et a été remplacée au cours des dernières semaines par le nouveau «Client HIN», dont le déploiement est quasiment terminé. Le financement de HIN était initialement assuré par le biais de contributions spéciales (abonnement HIN à prix réduit pour tous les membres de la FMH, décidé en 2001 par la Chambre médicale et supprimé en 2005 par cette dernière); à partir de 2006, il a été progressivement assuré par le biais d'une taxe d'abonnement. Depuis 2009, chaque abonné paie lui-même sa taxe d'abonnement en intégralité.

La Chambre médicale du 28 mai 2009 a été, dans un certain sens, une étape décisive pour HIN. L'attribution du projet Health Professional Card (HPC) à Swisscom faisait alors l'objet d'une importante controverse. Les actionnaires de HIN extérieurs à la FMH ont reproché à cette dernière d'avoir enfreint la convention d'actionnaires. Pour résoudre ce conflit, le Comité central a proposé que la FMH, qui détenait alors 50,5% des actions, renonce à son statut d'actionnaire majoritaire, en cédant 405 actions (sur 505) aux sociétés cantonales de médecine et aux sociétés de discipline. Au cours de cette Chambre médicale, la Société des médecins du canton de Berne a cependant soumis une proposition de non-entrée en matière, au motif que l'entreprise HIN est très importante pour la FMH et que cette dernière ne devait pas abandonner son statut majoritaire. Cette proposition a été acceptée par 66 oui contre 47 non. La FMH a donc adopté une stratégie positive en complétant le conseil d'administration de HIN, qui comprenait alors une seule représentante de la FMH en la personne de Monique Gauthey/CC, par quatre nouveaux membres issus de la FMH, ce qui a également permis de renforcer sensiblement les connaissances informatiques au sein du conseil. M. Gauthey/CC est depuis 2010 présidente du conseil d'administration.

Avec 12000 clients, dont plus de 80% des cabinets médicaux ainsi que 150 institutions actives dans le secteur de la santé, parmi lesquelles 120 hôpitaux et la SUVA, Health Info Net SA est aujourd'hui leader sur le marché des services informatiques destinés au secteur suisse de la santé. Tous ses clients profitent des offres pratiques proposées par HIN dans les domaines de la communication électronique sécurisée, des ordonnances virtuelles, du Managed care, du miroir du cabinet, de la transmission d'images médicales, des dossiers de patients et de la nouvelle carte de médecin (carte HPC). HIN a également développé son infrastructure: le centre de calcul et le matériel informatique sont à la pointe de la technologie, l'exploitation du centre de calcul a été renforcée et professionnalisée, la technologie ASAS a, comme nous l'avons vu précédemment, été remplacée par un nouveau système. En référence à la stratégie de la Confédération en matière de cybersanté, l'entreprise HIN est et restera la plateforme principale garantissant une transmission électronique des données sûre et conforme aux principes de la protection des données pour le secteur suisse de la santé; elle met à disposition de ce dernier l'infrastructure informatique nécessaire à son avenir ainsi que la sécurité et son système d'autorisation (ID management). Ouverte à tous les acteurs du secteur de la santé, elle doit être compatible sur les plans national et régional (projets de cybersanté comme eToile, MediSwiss et SaniTIcard).

Le *président* prend la parole pour exposer le projet de refinancement de Health Info Net SA. En 2010, HIN a dû faire face à un manque de liquidités suite au lancement et à la mise en œuvre de son projet New Connect et a cherché de nouveaux moyens financiers, sous la forme de prêts auprès des actionnaires et des banques – avec succès. A la demande des actionnaires, les prêts consentis ont été liés à un droit de conversion, et pourront ainsi être convertis à 100% en actions après deux ans. En raison de la décision prise il y a deux ans par la Chambre médicale, qui consistait à maintenir le statut d'actionnaire majori-

taire de la FMH au sein de HIN SA, la Chambre doit aujourd'hui statuer sur le droit de conversion, étant donné que l'exercice de ce dernier pourrait influer sur le statut majoritaire de la FMH au sein de l'actionnariat. En cas de refus, les prêteurs pourraient annuler leurs prêts et HIN devrait les rembourser, ce qui entraînerait l'écroulement de toute la construction financière mise sur pied avec l'ensemble des actionnaires, et exposerait l'entreprise à une faillite imminente.

Si l'ensemble des prêts consentis est converti en actions, le capital-actions serait réparti comme suit: la participation de la FMH, qui n'a pu accorder aucun prêt puisque le temps requis pour une décision – indispensable – de la Chambre médicale faisait défaut, se maintiendrait à 505 000 CHF, les sociétés cantonales de médecine, les sociétés de discipline et les centres fiduciaires, qui ont accordé des prêts à la place de la FMH, disposeraient alors d'une participation totale de 410 000 CHF; autrement dit, la participation du corps médical dans son ensemble se monterait à 915 000 CHF. La participation des autres actionnaires (Zur Rose SA, BlueCare SA, l'OFAC et la Caisse des médecins) se monterait quant à elle à 1,245 million CHF.

Dans ce cas, si la FMH, conformément à la décision prise en 2009 par la Chambre médicale, entend rester le seul actionnaire majoritaire, elle devrait acquérir de nouvelles actions pour un montant de 1,155 million CHF – un engagement financier gigantesque, qui conduirait de plus à une surcapitalisation injustifiée de HIN SA.

Si la FMH entend conserver la majorité des actions de HIN, non plus seule mais conjointement avec les sociétés cantonales de médecine, les sociétés de discipline et les centres fiduciaires, qui ont accordé un prêt, – autrement dit, l'actionnaire majoritaire serait le corps médical dans son ensemble –, elle devrait acquérir de nouvelles actions à hauteur de 340 000 CHF environ. Le montant définitif variera en fonction du droit de conversion, si l'ensemble ou seulement une partie des prêteurs en font usage (ce qu'ils ne devront décider qu'après la Chambre médicale d'aujourd'hui, conformément à la convention d'actionnaires).

A ce sujet, la *proposition n° 1 au point 9*, que le Comité central soumet aujourd'hui à la Chambre médicale, mentionne les points suivants:

*«1. Accepter, sous réserve du chiffre 2 ci-après, l'augmentation du capital de HIN SA en élargissant l'actionnariat aux sociétés cantonales de médecine, aux sociétés de discipline médicale et aux centres fiduciaires qui souhaitent convertir leur prêt en actions.*

*2. A l'avenir, la FMH de même que les sociétés cantonales de médecine, les sociétés de discipline médicale et les centres fiduciaires participant au capital de HIN SA doivent conserver ensemble la majorité des actions.*

*3. La FMH doit injecter les moyens financiers permettant d'atteindre le statut d'actionnaire majoritaire selon le chiffre 2.*

*4. Le Comité central est chargé de mettre en œuvre le financement de HIN en conséquence.»*

En sa qualité de représentant de la FMH au sein du conseil d'administration de HIN, *Marc-Henri Gauchat/VS* rappelle aussi que HIN est un instrument indispensable pour le corps médical. Certes, certaines prestations fournies par HIN pourraient aussi bien être acquises ailleurs, peut-être même à un prix plus avantageux, mais il faut aussi comprendre que dans tous les réseaux de communication électronique, l'entreprise propriétaire du réseau peut soudain décider de reprendre le contrôle de ce dernier. Les médecins ne seraient pas vraiment ravis si des entreprises comme Swisscom ou La Poste prenaient soudain le contrôle de leur réseau, d'autant plus si l'on considère l'importance toujours plus grande que revêt aujourd'hui la communication dans le domaine médical – notamment au vu du développement du eHealth. Dans le canton du Valais par exemple, on est en train de développer un système de communication qui vise à mettre en réseau les laboratoires, les EMS, les établissements de soins, les hôpitaux et les cabinets médicaux. M.-H Gauchat est persuadé que l'avenir de HIN sera prospère. D'ailleurs, le fait que les autres actionnaires aient accordé des prêts convertibles montre également que HIN est un partenaire intéressant. Enfin, M.-H. Gauchat estime très important que le corps médical conserve le contrôle majoritaire de l'entreprise et invite donc la Chambre médicale à adopter la proposition du Comité central.

Pour *V. Liguori/TI*, une augmentation de capital de 300 000 CHF exige de la transparence. Il souhaite par conséquent savoir, également au nom des abonnés HIN, quelles sont les raisons qui ont conduit l'entreprise à manquer de liquidités. Il aurait également attendu du conseil d'administration qu'il montre ce qu'il compte faire avec cet argent et quelles sont les perspectives économiques. Il ne faut pas que l'on se retrouve l'année prochaine avec un nouveau déficit à combler.

Le *président* le rassure et précise que la situation financière actuelle de HIN est parfaitement saine et solide. Le problème de financement du projet New Connect, projet essentiel pour le développement et le positionnement de HIN, n'était que passager. L'on a bien sûr examiné la situation, examen confirmé ensuite par un organisme indépendant.

Selon *Markus Reber/LU*, si le droit de conversion est adopté, il sera impératif que le corps médical conserve son statut d'actionnaire majoritaire. Il propose par conséquent de n'adopter le droit de conversion qu'à cette condition.

*J.-P. Pavillon/VD* aimerait quant à lui savoir ce qu'il se passerait si les prêteurs ne faisaient pas usage du droit de conversion et demandaient le remboursement de leurs prêts. Le *président* lui répond que si HIN devait rembourser immédiatement l'ensemble des prêts, l'entreprise serait face à un réel problème. Il n'y a

en fait qu'un seul actionnaire minoritaire qui hésite à faire usage du droit de conversion, tous les autres actionnaires souhaitent le refinancement de HIN. Une fois le délai de deux ans écoulé, cela ne constituera plus un problème.

*Aileen Chen/ASMAC* aimerait savoir si les autres actionnaires, en réaction à l'augmentation du capital par la FMH, pourraient également augmenter leurs participations afin d'obtenir la majorité. Non, rétorque le *président*, car la FMH est actuellement majoritaire.

Rebondissant sur cette question, *Thomas Heuberger/BE* souhaite savoir si, en cas de refus du droit de conversion, les autres actionnaires ne seraient pas tentés de vendre leurs actions à des tiers. Le *président* lui répond que si le droit de conversion est refusé, toute la construction financière mise sur pied serait détruite et HIN devrait rembourser immédiatement les prêts, se retrouvant ainsi en situation de crise et risquant d'être rachetée par des investisseurs externes. C'est justement ce que l'on veut éviter.

*V. Liguori/TI* aborde une nouvelle fois le *business plan*. *M.-H. Gauchat/VS* souligne qu'il est évident qu'un *business plan* extrêmement précis existe. Il a d'ailleurs été mis à la disposition des personnes intéressées à prêter de l'argent. Mais il faut également comprendre que certains éléments constitutifs d'une entreprise font partie du secret commercial et que l'on ne peut les rendre publics sous peine de se mettre à la merci de la concurrence. Il répète que l'augmentation du capital-actions n'a rien à voir avec le manque de liquidités qu'a connu HIN à une certaine époque. Cette augmentation vise exclusivement à maintenir la majorité du corps médical au sein de l'actionnariat.

Suite à d'autres demandes de parole, le *président* procède au vote.

Selon la *proposition de M. Reber/LU,* il s'agit dans un premier temps de voter l'augmentation du capital de HIN, l'injection d'environ 300 000 CHF dans le capital-actions de l'entreprise et la nouvelle participation majoritaire du corps médical dans son ensemble (les *points 2–4 de la proposition du Comité central au point 9*).

La Chambre médicale *approuve* ces points à une large majorité, avec 4 non et 8 absentions.

Enfin, la Chambre médicale *approuve* le droit de conversion (*le premier point de la proposition n° 1 du Comité central au point 9*), également à une large majorité, avec 5 non et 8 abstentions.

Au vu du peu de temps qu'il reste et du quorum qui commence à s'effriter, le *président* propose de traiter encore certains points de l'ordre du jour qui ne nécessitent pas de discussion: 12.2 *Mise à jour de l'article 9 du Règlement d'exécution: envoi des documents de la Chambre médicale*, 12.3 *Mise à jour de l'article 21 du Code de déontologie,* 13. *Election complémentaire à la Commission de déontologie* et 14. *Confirmation des membres élus à l'Assemblée des délégués*.

Les points restants, dont: *8. EMH: rapport final du groupe de travail,* 11. *Budgets 2012*, comprenant les *budgets de la FMH, de l'ISFM et de la CdG, la contribution spéciale NAKO (NewIndex) et le soutien au Centre suisse d'information toxicologique (CSIT),* sont ajournés à la Chambre médicale extraordinaire d'octobre 2011.

La proposition n° 1 au point n° 12.1 *Admission de la Société suisse de télémédecine et eHealth (SSTMeH) à la Chambre médicale suisse en tant qu'organisation ayant droit d'intervention* a été retirée quelques jours avec la séance. Ce point à l'ordre du jour devient ainsi caduc.

*Hans Kurt/FMPP* s'inquiète du fait que la proposition n° 8/EMH ne soit pas traitée aujourd'hui. Si rien n'est décidé aujourd'hui, les EMH vont devoir faire face à un important déficit. En tant que membre du conseil d'administration des EMH, il se sent obligé de demander comment il va falloir faire si les décisions doivent attendre jusqu'à l'automne.

Le *président* comprend parfaitement son inquiétude mais souligne cependant que la taxe d'abonnement de base a déjà été décidée pour l'année en cours. Les taxes de licence, auxquelles H. Kurt fait référence, ne sont pas du ressort de la Chambre médicale, mais sont réglées par un contrat entre la FMH et les EMH, et sont donc de la compétence du Comité central. La question peut dès lors très bien être réglée au cours des prochains mois. On pourra ensuite, dans le cadre de la discussion sur le budget qui aura lieu cet automne, décider du montant de la contribution de membre pour 2012, y compris de la taxe d'abonnement de base. Les EMH ne sont donc pas menacées par cet ajournement.

*Aucune opposition* n'est faite quant à la *modification de l'ordre du jour* proposée par le président.

### Election complémentaire à la Commission de déontologie de la FMH

Deux candidats se présentent: *Jean-Baptiste Ollyo*, membre de la Société vaudoise de médecine, absent, et *Alexandre Marmier, Villars-sur-Glâne,* candidat de la SMSR, également absent aujourd'hui.

*J.-P. Pavillon/VD* déclare que la Société vaudoise de médecine ne soutient pas la candidature de J.-B. Ollyo.

*H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint* précise que le candidat élu devra s'occuper des nouveaux cas tandis que P-A. Fauchère, vice-président actuel se retirant en cours de mandat, achèvera l'étude des cas en suspens d'ici à fin 2011 *(proposition n° 1 au point n° 13).*

Le *président* propose de procéder à une *élection à main levée*. La Chambre médicale *approuve* cette *proposition* à l'unanimité, sans opposition ni abstention.

Le *candidat J.-B. Ollyo* n'obtient *aucune voix*.

*Alexandre Marmier*, également candidat, est *élu* par une très large majorité des délégués présents.

La *proposition n° 1 au point n° 13* est *approuvée* tacitement.

**Confirmation des nouveaux délégués élus à l'Assemblée des délégués**

Les candidats proposés comme délégués ordinaires sont les suivants:

– pour le *Collège de médecine de premier recours (CMPR) Jean-Michel Gaspoz, Genève*, pour succéder à Ulrich Bürgi, Stettlen, qui démissionne.
– pour la Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (fmCh), *Daniel Candinas, Berne* et *Raoul Heilbronner, St-Gall,* pour occuper les deux sièges vacants depuis le 30 juin 2010 à la suite du départ de Jean Biaggi et de Michel Dutoit.

La Chambre médicale *confirme* ces délégués à l'unanimité, sans opposition ni abstention.

**Mise à jour de l'article 9 du Règlement d'exécution: envoi des documents de la Chambre médicale**

Concernant l'envoi des documents de la Chambre médicale, le *Comité central propose* à la Chambre médicale d'approuver le changement de système préconisé (passer du CD-ROM au portail myFMH) et la mise à jour de l'art. 9 du Règlement d'exécution comme suit:

*«[…] L'invitation et les documents sont envoyés par voie électronique (envoi par courriel avec lien hypertexte pour le téléchargement).»*

*Ch. Bosshard/ASMAC* salue cette proposition, mais il précise que les secrétariats des organisations de base qui reçoivent également ces documents n'ont toutefois pas accès à myFMH. *Erika Flückiger, responsable des Services,* déclare que ces secrétariats ont également la possibilité d'accéder à myFMH en demandant les autorisations correspondantes.

La *proposition n° 1 au point n° 12.2* est *approuvée* à l'unanimité, sans opposition ni abstention.

**Mise à jour de l'article 21 du Code de déontologie**

Le *Comité central propose* à la Chambre médicale de compléter l'art. 21, al. 1 et 4 du Code de déontologie comme suit:

*«[1] La mention du sigle «FMH» est réservée aux membres de la FMH. La protection de la marque est définie dans le règlement d'utilisation de la marque collective.»*

«[4] La mention d'un titre de spécialiste FMH ou d'autres qualifications est régie par les dispositions de *l'Ordonnance relative à la Loi sur les professions médicales*, la Réglementation pour la formation postgraduée *ainsi que l'annexe 2 du Code de déontologie*.»

*H.-P. Kuhn/secrétaire général adjoint* explique rapidement les motifs de ces mises à jour. L'al. 1 met en application une idée qui existait depuis des années, à savoir que seuls les médecins qui sont véritablement membres de la FMH ont le droit de mentionner le sigle FMH sur l'en-tête de leur papier à lettres. L'al. 4 est complété par des indications pour savoir où trouver aujourd'hui les réglementations concernant la mention des qualifications professionnelles.

Aucune question n'étant posée à ce sujet, le *président* soumet cette proposition au vote.

La Chambre médicale *approuve la proposition n° 1 au point n° 12.3* à l'unanimité, sans opposition et avec une abstention.

Le *président* passe ensuite au point de l'ordre du jour «Divers».

**Divers**

*Hélène Beutler/SSPPEA* relève que deux membres du Comité central siègent au Conseil de fondation d'EQUAM et que des conflits d'intérêts pourraient en résulter.

Les deux personnes concernées, à savoir I. Cassis et D. Herren (celui-ci s'est excusé pour la séance de ce jour), ont préparé ensemble les réponses aux questions de l'intervenante:

1. *A quel titre le vice-président de la FMH préside-t-il la fondation EQUAM?*
   Réponse d'*I. Cassis*: en tant que conseiller national; réponse de D. Herren: en tant que délégué du Comité central.
2. *Quelles sont les modes de rémunération prévus?*
   Réponse d'*I. Cassis*: aucune, parce cette fonction n'a rien à voir avec la FMH.
   Réponse de *D. Herren*: une rémunération pour les heures normales de travail.
3. *Les fonctions d'Ignazio Cassis et de Daniel Herren au sein de la FMH sont-elles compatibles avec leur activité au Conseil de fondation de la fondation EQUAM?*
   Réponse d'*I. Cassis* et de *D. Herren*: oui, la FMH est représentée au Conseil de fondation depuis des années, bien avant qu'ils n'aient été élus au Comité central. Depuis 15 ans déjà, cette fondation s'occupe de manière exemplaire de la qualité des soins ambulatoires, et elle a fait œuvre de pionnier dans ce domaine. Elle est d'un grand intérêt pour le domaine DDQ placé sous la responsabilité de Daniel Herren, notamment en raison des multiples synergies avec les activités menées dans le domaine de l'assurance-qualité et la promotion de la qualité.
4. *La FMH est-elle au courant que la fondation EQUAM est sponsorisée par l'assurance Helsana et par santésuisse? N'y-a-t-il pas, encore, conflit d'intérêts?*
   Réponse d'*I. Cassis* et de *D. Herren*: le Comité central sait que la fondation EQUAM est sponsorisée par différentes firmes issues du secteur des assurances et de l'industrie pharmaceutique. Comme il est important que ces différentes contributions n'influencent pas le travail de la fondation, il n'existe pas de sponsor principal dont dépendrait la fondation. Les contributions sont d'un ordre de grandeur de 5000 CHF par an. La fondation dispose d'un capital de fondation de 50 000 CHF.

*Hélène Beutler/ SSPPEA* est satisfaite de ces réponses.

Le *président* remercie toutes les personnes présentes pour leur participation active à la séance. Il s'est avéré une fois de plus aujourd'hui que la Chambre médicale est un lieu où l'on peut discuter de manière constructive.

Après avoir indiqué que la date de la Chambre médicale extraordinaire serait communiquée le plus rapidement possible, *le président clôt la séance à 16h45.*

**Glossaire**

| | |
|---|---|
| AD | Assemblée des délégués |
| AMDHS | Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse |
| ANQ | Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques |
| APDRG | All Patient Diagnosis Related Groups |
| ASMAC | Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique |
| BMS | Bulletin des médecins suisses |
| CC | Comité central |
| CdG | Commission de gestion |
| ChM | Chambre médicale |
| CHOP | Classification suisse des interventions chirurgicales |
| CMPR | Collège de médecine de premier recours |
| CSSS-N | Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national |
| CSSS-E | Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats |
| DDQ | Données, démographie et qualité |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| E.A.N.A. | European working group of practitioners and specialists |
| EMH | Editores medicorum helveticorum; Editions Médicales Suisses SA |
| EQUAM | Fondation pour l'assurance-qualité externe dans le domaine de la médecine |
| fmCh | Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica |
| FMPP | Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum |
| INFRA | Coûts d'infrastructure |
| ISFM | Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue |
| LAMal | Loi sur l'assurance-maladie |
| MC | Managed Care |
| NAKO | Centre de consolidation nationale |
| OMCT | Ordine dei medici del Cantone Ticino |
| SMSR | Société médicale de la Suisse romande |
| SSPPAE | Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents |
| TC | Trust Center |
| VEDAG | Association des sociétés médicales de la Suisse alémanique |